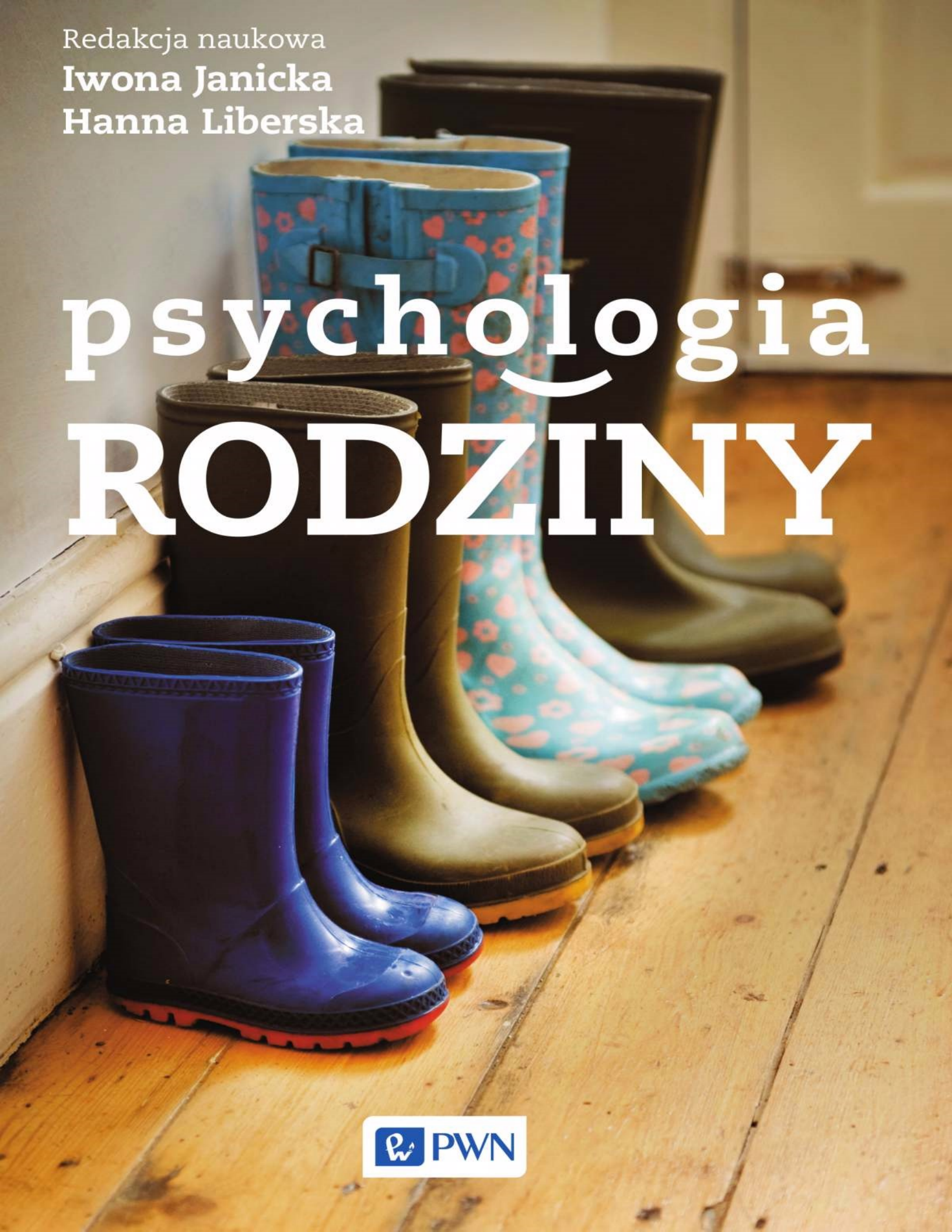
Redakcja naukowa
Iwona Janicka
Hanna Liberska

psychologia RODZINY



PWN

Redakcja naukowa
Iwona Janicka
Hanna Liberska

psychologia RODZINY

PWN

Projekt okładki i stron tytułowych *Agata Muszalska*

Ilustracja na okładce *Lee Avison/Getty Images*

Wydawca *Aleksandra Małek-Leśniewska*

Redaktor prowadzący *Jolanta Kowalczuk*

Redaktor *Małgorzata Żakowska*

Produkcja *Mariola Iwona Keppel*

Skład wersji elektronicznej na zlecenie Wydawnictwa Naukowego PWN *Marcin Kapusta* / konwersja.virtualo.pl

Recenzenci
prof. dr hab. Irena Obuchowska
prof. dr hab. Teresa Rostowska

Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście znanym. Ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A kopiując jej część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy cudzą własność i prawo
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN SA
Warszawa 2014

ISBN 978-83-01-18852-8

eBook został przygotowany na podstawie wydania papierowego z 2015 r., (wyd. I – dodruk)

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2
tel. 22 69 54 321; faks 22 69 54 228
infolinia 801 33 33 88
e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl

Spis treści

Wstęp

CZĘŚĆ I.
CZŁOWIEK W SYSTEMIE RODZINY

Rozdział 1
Rodzina w ujęciu systemowym (*Waldemar Świętochowski*)

1.1. Podstawowe zasady teorii systemów

1.2. Struktura systemu rodziny

- 1.2.1. Granice w systemie rodziny
- 1.2.2. Podsystemy
- 1.2.3. Role i pozycje w rodzinie

1.3. Procesy systemowe w rodzinie

- 1.3.1. Indywiduacja
- 1.3.2. Komunikacja
- 1.3.3. „Logika” systemu rodziny: homeostaza funkcjonalna

1.4. Zadania rodziny w kolejnych fazach rozwojowych Wspólnota i ciągłość

1.5. W kierunku rodziny funkcjonalnej. Wskazówki praktyczne

Rozdział 2
Specyfika komunikacji interpersonalnej w rodzinie ujmowanej jako system (*Barbara Harwas-Napierała*)

2.1. Modele komunikacji interpersonalnej

- 2.1.1. Jednostronny model komunikacji
- 2.1.2. Dwustronny model komunikacji
- 2.1.3. Relacyjny model komunikacji

2.2. Podstawowe uwarunkowania komunikacji w rodzinie

- 2.2.1. Uwarunkowania podmiotowe
- 2.2.2. Uwarunkowania pozapodmiotowe

2.3. Rozwojowe zmiany komunikacji w systemie rodziny
2.3.1. Komunikacja w podsystemie małżeńskim
2.3.2. Zmiany rozwojowe komunikacji w podsystemie rodzicielskim
2.3.3. Komunikacja w podsystemie rodzeństwa
2.4. Warunki kształtowania prawidłowej komunikacji
2.4.1. Kształtowanie umiejętności usprawniających komunikację rodzinną

Rozdział 3
Narracje rodzinne (*Elżbieta Dryll*)
3.1. Rodzina jako nisza semantyczna
3.2. Geneza treści rodzinnych narracji
3.2.1. Tradycja
3.2.2. Przekaz międzypokoleniowy
3.2.3. Historia życia rodziny nuklearnej
3.3. Dlaczego ważne jest badanie narracji rodzinnych

Rozdział 4
Role i funkcje rodziny (*Katarzyna Walęcka-Matyja*)
4.1. Współczesne ujęcie roli rodziny
4.2. Kierunki przemian współczesnej rodziny a role i funkcje rodzinne
4.3. Role w systemie rodziny
4.4. Funkcje rodziny
4.5. Psychospołeczne uwarunkowania funkcji rodziny

Rozdział 5
Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania (*Hanna Liberska, Mirosława Matuszewska*)
5.1. Modele rodziny
5.1.1. Klasyfikacja modeli funkcjonowania rodziny
5.2. Styl wychowania
5.2.1. Pojęcia podstawowe: wychowanie, styl wychowania
5.2.2. Rodzaje stylów wychowania
5.3. Modele funkcjonowania rodziny a style wychowania

Rozdział 6
Więzi małżeńskie i rodzinne w perspektywie teorii przywiązania (*Mieczysław Plopa*)
6.1. Założenia i inspiracje teorii przywiązania

6.1.1. Aspekt ewolucyjny

6.1.2. Aspekt neuropsychologiczny

6.2. Przywiązanie w okresie dzieciństwa

6.3. Przywiązanie w okresie dorosłości

6.4. Przywiązanie a relacje w bliskich związkach

Rozdział 7
Seksualność w związkach małżeńskich (*Magdalena Grabowska*)

7.1. Pojęcie seksualności

7.2. Aktywność seksualna małżonków i jej uwarunkowania

7.2.1. Wiek małżonków

7.2.2. Staż małżeństwa

7.2.3. Relacje między małżonkami

7.3. Problemy seksualne małżonków

Rozdział 8
Transmisja międzypokoleniowa – procesy zachodzące na styku pokoleń
(*Marzanna Farnicka, Hanna Liberska*)

8.1. Istota i mechanizmy transmisji międzypokoleniowej w rodzinie

8.1.1. Naśladownictwo

8.1.2. Modelowanie

8.1.3. Identyfikacja

8.2. Obszary transmisji międzypokoleniowej w rodzinie

8.3. Transmisja międzypokoleniowa w różnych podejściach psychologicznych

8.4. Transmisja międzypokoleniowa jako proces formowania rodziny – model Murraya Bowena

8.5. Kierunki badań nad transmisją w rodzinie

8.5.1. Wyzwania dla badań nad transmisją w rodzinie

Rozdział 9
Psychologia religijności/duchowości rodziny (*Elżbieta Rydz*)

9.1. Religijność i duchowość – definicje

9.2. Współczesne podejścia badawcze w psychologii religijności/duchowości rodziny

9.2.1. Rozwój struktury i funkcji religijności

9.2.2. Rozwój struktury i funkcji rodziny

9.3. Rozwój religijności człowieka w kontekście cyklu życia rodzinnego w ujęciu Evelyn Duvall

9.3.1. Religijność i duchowość w małżeństwie bez dzieci
9.3.2. Rodziny wychowujące małe dzieci
9.3.3. Rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym
9.3.4. Rodziny z dziećmi w wieku szkolnym
9.3.5. Rodziny z nastolatkami
9.3.6. Rodziny jako instytucje wypuszczające dzieci w świat
9.3.7. Starzejący się członkowie rodziny
9.4. Perspektywy badań dotyczących religijności w rodzinie

Rozdział 10
Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie (*Hanna Liberska*)
10.1. Rozwój rodziny
10.2. Rozwój w rodzinie
10.3. Wyznaczniki rozwoju w systemie rodziny
10.3.1. Miejsce rodziny wśród innych systemów
10.3.2. Wymiary zmian w systemach społeczno-kulturowych
10.4. Zmiany w strukturze systemu rodziny
10.5. Rodzina jako kontekst rozwoju indywidualnego

CZĘŚĆ II.
ZRÓŻNICOWANE FORMY ŻYCIA RODZINNEGO

Rozdział 1
Samotne rodzicielstwo (*Sylwia Rydz*)
1.1. Specyfika roli kobiecej – matka i samotna matka
1.2. Specyfika roli męskiej – ojciec i samotny ojciec
1.3. Funkcjonowanie rodziny niepełnej
1.4. Konsekwencje samotnego rodzicielstwa
1.5. Migracja zarobkowa jako czasowe samotne rodzicielstwo
1.6. Pomoc samotnym rodzicom

Rozdział 2
Związki kohabitacyjne (*Iwona Janicka*)
2.1. Kohabitacja jako nowa forma życia pary
2.2. Przyczyny kohabitacji
2.3. Charakterystyka osób kohabitujących

2.4. Przedślubna kohabitacja a małżeństwo
2.5. Kohabitacja a rokowania odnośnie do trwałości związku
2.5.1. Efekt selekcji
2.5.2. Efekt kohabitacji
2.6. Zaangażowanie w relację a trwałość związków intymnych
2.6.1. Wybrane teorie zaangażowania
2.6.2. Rola zaangażowania
2.6.3. Zaangażowanie partnerów kohabitujących i poślubionych

Rozdział 3
Partnerzy kohabitujący jako rodzice (*Iwona Janicka*)
3.1. Dzieci urodzone poza małżeństwem
3.2. Rodziny kohabitacyjne
3.2.1. Fazy rozwoju rodziny kohabitacyjnej
3.2.2. Kohabitacja a zaangażowane rodzicielstwo
3.3. Problem stabilności rodzin kohabitacyjnych
3.3.1. Niestabilność kohabitacji a rodzicielstwo
3.3.2. Niestabilność kohabitacji a dzieci
3.4. Warunki życia rodzin kohabitacyjnych

Rozdział 4
Rodzina zrekonstruowana (*Aleksandra Lewandowska-Walter*)
4.1. Definicje i statystyki
4.1.1. Definicje
4.1.2. Statystyki
4.2. Rodzina zrekonstruowana jako system
4.3. Małżeństwo powtórne jako podstawa rekonstrukcji rodziny
4.4. Rodzicielstwo w rodzinie zrekonstruowanej
4.5. Dziecko w rodzinie zrekonstruowanej
4.5.1. Typy rodzin zrekonstruowanych
4.6. Wskazówki do pracy psychoedukacyjnej i terapeutycznej

Rozdział 5
Rodzina adopcyjna (*Alicja Kalus*)
5.1. Specyfika rodziny adopcyjnej
5.2. Rodzina adopcyjna z perspektywy prawnej

5.3. Rodzina adopcyjna z perspektywy medycznej
5.4. Rodzina adopcyjna z perspektywy psychologicznej
5.4.1. Etap małżeństwa bezdzietnego
5.4.2. Doświadczenie straty w rodzinie adopcyjnej
5.4.3. Decyzja o adopcji dziecka i proces adopcyjny
5.5. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa
5.6. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym
5.7. Rodzina z dorastającym nastolatkiem

Rozdział 6
Rodzina zastępcza (*Alicja Kalus*)
6.1. Rodzina zastępcza z perspektywy prawnej
6.2. Specyfika rodziny zastępczej
6.3. Rodzinny dom dziecka jako rodzinna forma opieki zastępczej
6.3.1. Perspektywa prawna

Rozdział 7
Kulturowa różnorodność rodziny (*Jolanta Miluska*)
7.1. Status współczesnej rodziny
7.2. Wartości kulturowe a interakcje w rodzinie
7.3. Rodziny wielokulturowe
7.4. Przyszłość rodziny w kontekście procesu zmiany społecznej

CZĘŚĆ III.
ZDROWOTNE I SPOŁECZNE PROBLEMY W RODZINIE

Rozdział 1
Choroba przewlekła w systemie rodziny (*Waldemar Świętochowski*)
1.1. Trzy ujęcia choroby
1.2. Choroba jako nienormatywny kryzys w rodzinie
1.3. Rodzina wobec przewlekłej choroby
1.3.1. Reakcje na poziomie zachowań
1.3.2. Reakcje na poziomie procesów (ujęcie systemowe)
1.4. Adaptacja do kryzysu: jak problemy pomagają w adaptacji
1.5. Dlaczego przewlekła choroba jest przewlekła

Rozdział 2
Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny

(*Eleonora Bielawska-Batorowicz*)

2.1. Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich medyczne uwarunkowania

2.1.1. Niepłodność – rodzaje, przyczyny, rozpowszechnienie

2.1.2. Poronienia, martwe urodzenia i śmierć dziecka w okresie okołoporodowym – rozpowszechnienie, przyczyny

2.2. Następstwa trudności w realizacji planów prokreacyjnych

2.2.1. Diagnoza niepłodności i jej następstwa psychologiczne

2.2.2. Straty ciąży i ich następstwa psychologiczne

2.3. Przezwyciężanie trudności prokreacyjnych – na przykładzie niepłodności

2.3.1. Techniki wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności

2.3.2. Rozwój dzieci urodzonych w wyniku zastosowania technik rozrodu wspomaganego

2.3.3. Relacje w rodzinie powstałej w wyniku zastosowaniu technik rozrodu wspomaganego

Rozdział 3
Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym (*Ewa Marat*)

3.1. Informowanie rodziców o zaburzeniach w rozwoju dziecka

3.1.1. W jaki sposób należy przekazywać rodzicom diagnozę

3.1.2. Modelowa procedura informowania o zaburzeniach dziecka

3.2. Niepełnosprawność dziecka a zmiany w systemie rodzinnym

3.2.1. Model żałoby i chronicznego smutku

3.2.2. Stres rodzicielski

3.2.3. Niepełnosprawność dziecka jako sytuacja kryzysowa

3.3. Adaptacja rodziców do niepełnosprawności dziecka

3.3.1. Zespół wypalania sił u rodziców dzieci niepełnosprawnych

3.4. Rola wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie przez rodziców dzieci niepełnosprawnych

3.5. Społeczne, emocjonalne i adaptacyjne problemy doświadczane przez rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju

3.6. Pomoc dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

Rozdział 4
Rozwód jako sytuacja kryzysowa w rodzinie (*Magdalena Błażek*)

4.1. Kryzys rozwodowy – charakterystyka

4.2. Przyczyny rozwodów

4.3. Predyktory powodzenia i niepowodzenia związku

4.4. Fazy procesu rozwodowego

4.5. Funkcjonowanie psychologiczne dorosłych w sytuacji rozwodu z uwzględnieniem różnic płciowych

4.6. Funkcjonowanie psychologiczne dzieci w sytuacji rozwodu rodziców

- 4.6.1. Płeć dziecka a proces radzenia sobie z rozwodem rodziców
- 4.6.2. Cechy indywidualne dziecka i wsparcie społeczne a radzenie sobie z rozwodem rodziców

Rozdział 5
Agresja i przemoc w rodzinie (*Grażyna Poraj*)

5.1. Metody wychowawcze i postawy rodzicielskie sprzyjające agresji u dzieci i młodzieży

- 5.1.1. System wartości i orientacja życiowa rodziców
- 5.1.2. Nieprawidłowe stosunki uczuciowe między rodzicami a dziećmi

5.2. Agresja między rodzeństwem

5.3. Przemoc w małżeństwie, czyli dostarczanie dzieciom wzorów zachowań agresywnych

5.4. Zapobieganie i kontrolowanie agresji

- 5.4.1. Zapobieganie i redukowanie agresji u dzieci
- 5.4.2. Zapobieganie i redukowanie agresji wśród rodzeństwa
- 5.4.3. Zapobieganie i redukowanie przemocy w rodzinie (wobec dzieci i współmałżonka)

Rozdział 6
Rodzina a zachowanie antyspołeczne (*Mieczysław Radochoński, Lidia Perenc, Anna Radochońska*)

6.1. Zachowania antyspołeczne i ich przyczyny

6.2. Rodzina jako miejsce rozwoju zachowań antyspołecznych

- 6.2.1. Rola czynników genetycznych
- 6.2.2. Struktura rodziny
- 6.2.3. Charakterystyczne cechy matki
- 6.2.4. Charakterystyczne cechy dzieci
- 6.2.5. Relacje w rodzinie
- 6.2.6. Osadzenie rodzica w zakładzie karnym

6.3. Mechanizm transmisji międzypokoleniowej a zachowania antyspołeczne

CZĘŚĆ IV.
TERAPIA RODZIN I TERAPEUTYCZNA ROLA RODZINY

Rozdział 1
Współczesne nurty w terapii rodzin (*Tadeusz Pietras*)

1.1. Historia terapii rodzin

1.2. Zasady terapii rodzin

1.3. Wskazania i przeciwwskazania do terapii rodzin

Rozdział 2
Pozytywna psychologia rodziny – w teorii i praktyce (*Bogusława Lachowska*)

2.1. Obszary psychologii rodziny

2.2. Obszary psychologii pozytywnej

2.2.1. Najważniejsze koncepcje i pojęcia psychologii pozytywnej

2.2.2. Siły i cnoty charakteru

2.3. Zainteresowanie pozytywnością na gruncie psychologii rodziny

2.3.1. Koncepcja sił rodziny

2.3.2. Pozytywna interwencja w rodzinę – interwencje skoncentrowane na siłach rodziny

2.3.3. Prężność rodziny

Literatura

O Autorach

Wstęp

Od tysiącleci rodzina jest podstawowym środowiskiem społecznym, w którym powstaje człowiek – w sensie biologicznym i psychologicznym. Doświadczenia wyniesione z rodziny pochodzenia wywierają niezatarty wpływ na całe życie człowieka. Poszukując odpowiedzi na pytania: „Jaki jest człowiek?”, „Dlaczego funkcjonuje w określony sposób?”, odwołujemy się do historii jego życia, zwłaszcza tej związanej z obszarem rodzinnym. Stąd badania nad rodziną są szczególnie ważne i dotyczą jej struktury, procesów rodzinnych, roli rodziny w funkcjonowaniu i rozwoju jednostek oraz jej związków z innymi środowiskami społecznymi. Podstawowe pytanie: „Czym jest rodzina?”, wydaje się pozornie proste. Obserwacje z ostatniego okresu pokazują jednak, że nie jest łatwo na nie odpowiedzieć. Jeśli odejdziemy od regulacji prawnych i religijnych, to można przyjąć, że coraz częstsze są formy życia rodzinnego o charakterze niezalegalizowanym, które opierają się na woli „bycia razem”. Ale takie podejście wydaje się do przyjęcia w odniesieniu do dorosłych. Czy jest ono także adekwatne w przypadku dzieci? W tym punkcie wiedza psychologiczna okazuje się zdecydowanie niewystarczająca ze względu na zaledwie szczątkowe rozpoznanie zakresu i siły transmisji w rodzinach „postmodernistycznych”.

Pytań dotyczących rodziny, na które ciągle brakuje satysfakcjonującej odpowiedzi jest wiele. Rodzina stanowi część świata społecznego, twór kulturowy, a w związku z głębokimi i szybkimi zmianami, jakie wciąż się dokonują, być może trudno o ponadczasowe ustalenia dotyczące jej charakteru. Rodzina jest żywym „organizmem”, tak jak ludzie, którzy ją tworzą, i nauka może dostarczać tylko kolejnych przybliżonych obrazów jej funkcjonowania, chociaż podstawowe mechanizmy wydają się niezmienne.

Treści zawarte w tej książce miały na celu ukazanie ogromnego potencjału tkwiącego w bliskich relacjach rodzinnych i zasobów rodziny z perspektywy procesów adaptacyjnych. Wiedza o zasobach rodziny, ale też o jej ograniczeniach, zrozumienie mechanizmów równoważenia w rodzinie i na „styku” rodzina–środowisko zewnętrzne są szczególnie ważne

w kontekście dynamicznych przeobrażeń społeczno-kulturowych, których jesteśmy uczestnikami. Niepokoje związane z kryzysem rodziny – prawdziwym, a może tylko kreowanym – pobudzają familiologów do zintensyfikowania badań nad rodziną i jej przeobrażeniami w czasie. Efektem tych badań są nowe podejścia do rodziny, opracowywanie takich modeli i teorii rodziny, które przybliżają nas do pełniejszego zrozumienia fenomenu, jakim jest życie rodzinne.

Współcześnie coraz wyraźniej odchodzi się od traktowania rodziny jako pewnej stałej, niezmiennej w czasie konstrukcji społecznej i coraz większą uwagę zwraca się na bliskie relacje łączące członków rodziny, ich jakość, siłę, trwałość, plastyczność, otwartość. Czynników umacniających rodzinę poszukuje się, przede wszystkim, w procesach komunikacji wewnątrzrodzinnej. O „mocy" czy też atrakcyjności rodziny decyduje jej zdolność do stworzenia warunków rozwoju podmiotowości każdego z jej członków, w zależności od ich rozwoju indywidualnego i fazy rozwoju rodziny – przy zachowaniu wspólnotowości bytowania. Być może zabrzmi to banalnie, ale atrakcyjność rodziny polega także na tym, że zwykle jest ona dla każdego ze swych członków azylem, źródłem wsparcia, miejscem do odzyskania sił po stresach wyniesionych z innych środowisk, których są aktywnymi uczestnikami (praca, szkoła, kręgi towarzyskie itd.).

Nie wszystkie jednak rodziny radzą sobie z problemami. Jest to kolejne ważne zagadnienie, które przyciąga uwagę familiologów. Badacze rodziny tworzą modele jej rozwoju: od „rodziny w kryzysie" do „rodziny zwycięskiej" – zrównoważonej, zrekonstruowanej, zdrowej itd. Kolejne badania dostarczają coraz więcej wiedzy na temat mechanizmów radzenia sobie z kryzysem w rodzinie oraz ich uwarunkowań jednostkowych i ponadjednostkowych. Stanowią one dobry punkt wyjścia do pracy nad programami terapii rodzin oraz interwencji kryzysowej.

W prezentowanej książce do opisu i wyjaśniania procesów zachodzących w rodzinie przyjęto podejście systemowe. Pozwala ono najtrafniej ukazać konstrukcję rodziny przez pryzmat tworzących ją osób i znaczenie relacji w niej zachodzących. Współczesne spojrzenie na rodzinę, chociaż koncentruje się, przede wszystkim, na analizie wzajemnych i częstych interakcji w niej zachodzących, nie odrzuca indywidualnych właściwości czy cech osobowości osób konstytuujących rodzinę i znaczących dla przebiegu tych interakcji.

Problematyka rodziny jest bardzo złożona. Stanowi istotny obszar badań mieszczący się w ramach psychologii społecznej, ale jednocześnie dotyka innych ważnych, poza psychologią, nauk, takich jak: socjologia, pedagogika, prawo, medycyna, ekonomia. Monografia ta została przygotowana przez psychologów, ale niektóre zagadnienia wymagały interdyscyplinarnego podejścia i zgodnie z nim zostały zaprezentowane.

W publikacji wyróżniono cztery części. Część I jest poświęcona funkcjonowaniu człowieka w systemie rodziny. Część II dotyczy, coraz bardziej popularnych obecnie, nietradycyjnych i zróżnicowanych form życia rodzinnego. W części III wskazano na najczęściej spotykane problemy (zdrowotne i społeczne). Natomiast część IV obejmuje zagadnienia terapii rodzin i możliwych interwencji terapeutycznych, które opierają się w znacznym stopniu na zasobach tkwiących w rodzinie.

Rozdziały części I prezentują zagadnienia ogólne, związane z funkcjonowaniem systemu rodziny (rozdz. 1–5) oraz jego różnych, węższych obszarów (rozdz. 6–10). W rozdziale 1 scharakteryzowano rodzinę w ujęciu systemowym – jej strukturę, procesy systemowe oraz funkcjonalność i dysfunkcjonalność. W rozdziale 2 przedstawiono rolę i specyfikę komunikacji w systemie rodzinnym. Na uwagę zasługuje szczególnie komunikacja w różnych podsystemach (małżeńskim, rodzicielskim, rodzeństwa) oraz ocena warunków prawidłowej komunikacji w rodzinie. W najnowszych badaniach podkreśla się znaczenie komunikacji rozumianej jako subiektywny i celowy przekaz związany z tworzeniem wspólnoty i porozumienia w ramach różnych grup, również rodzinnych. To niezwykle interesujące podejście, określane jako narracje rodzinne, wraz z jego genezą ukazano w rozdziale 3. W rozdziale 4 wskazano na znaczenie ról i funkcji rodziny, ich wpływu na jakość i funkcjonalność systemu rodziny. W rozdziale 5 przedstawiono modele rodziny: strukturalne, kulturowe (tradycyjne i nietradycyjne) oraz operacyjne, a także związane z nimi style wychowania. Kolejne rozdziały dotyczą wybranych obszarów funkcjonowania jednostki w systemie rodzinnym. W rozdziale 6 zwrócono uwagę na znaczenie więzi małżeńskich i rodzinnych, odwołując się do teorii przywiązania. Wskazano na rolę przywiązania w okresie dzieciństwa i dorosłości oraz w relacji dziecko–dorosły i dorosły–dorosły. Ta druga relacja jest analizowana w kontekście bliskich związków o charakterze romantycznym i wyjaśniana doświadczeniami związanymi

z kształtowaniem się przywiązania w okresie niemowlęcym. Z kolei aspektowi seksualnemu więzi małżeńskiej poświęcono rozdział 7; zwrócono tu uwagę na uwarunkowania aktywności seksualnej małżonków oraz problemy z nią związane. Rozdział 8 traktuje o roli międzypokoleniowego transmitowania wzorców zachowań, szczegółowo prezentuje zagadnienia dotyczące wpływu wcześniejszych pokoleń na funkcjonowanie jednostek oraz na proces kształtowania się rodziny. Kolejny, rozdział 9 jest związany z problematyką religijności/duchowości w rodzinie. Odwołując się do cyklów życia rodziny, podano, jak kształtuje się religijność i jakie znaczenie, w tym procesie, mają relacje między rodzicami a dziećmi. Ostatni w tej części rozdział 10 stanowi o procesie rozwoju człowieka w systemie rodzinnym oraz o zmianach tego systemu i ich wpływie na rozwój jednostki i relacje interpersonalne w rodzinie. Wzajemne oddziaływanie rozwoju jednostki i rozwoju rodziny można odnieść również do treści omawianych we wcześniejszych rozdziałach.

Część II jest poświęcona zróżnicowanym formom życia rodzinnego. Popularne obecnie na świecie i w Polsce alternatywne formy życia rodzinnego, to: samotne rodzicielstwo, kohabitacje, rodziny zrekonstruowane, rodziny adopcyjne, rodziny zastępcze oraz rodziny wielokulturowe. Za rodzinę XXI w. uznaje się też pojedynczego rodzica; na gruncie polskim częściej określa się taką formę życia rodzinnego jako samotne rodzicielstwo. Samotne rodzicielstwo kobiet lub mężczyzn – trwałe (z powodu rozwodu, śmierci małżonka) i czasowe (w wyniku migracji zarobkowej) – przedstawiono w rozdziale 1. Wskazano w nim na znaczenie i konieczność pomocy dla rodzin niepełnych. Coraz bardziej powszechną formą życia rodzinnego są związki niezalegalizowane – kohabitacyjne. Traktuje się je jako efekt kryzysu małżeństwa i rodziny lub transformacji życia małżeńskiego i rodzinnego. Badania koncentrują się tu na ocenie jakości i trwałości tych związków oraz ich perspektyw rodzinnych. W rozdziale 2 podjęto próbę odpowiedzi na pytania: „Dlaczego ludzie kohabitują?”, „Jakie są rokowania dla małżeństw poprzedzonych przedślubną kohabitacją?” oraz „Jak kształtuje się zaangażowanie w związek partnerów kohabitujących (w porównaniu do poślubionych) i czy ma to wpływ na jego trwałość?” Z kolei silny wzrost urodzeń pozamałżeńskich wymaga również oceny możliwości efektywnego podejmowania, przez partnerów kohabitujących, ról rodzicielskich.

W rozdziale 3 dokonano porównania rodzin tworzonych przez partnerów kohabitujących i poślubionych pod względem zaangażowania w rolę rodzica, stabilności rodziny i warunków jej życia. W rozdziale 4 bardzo szczegółowo scharakteryzowano rodziny zrekonstruowane – złożone układy życia rodzinnego wyznaczone różnymi kombinacjami interakcji rodzinnych. Obejmują one: kolejne i wcześniejsze małżeństwa, rodziców z dziećmi biologicznymi i niebiologicznymi oraz dzieci należące – bywa – nawet do wielu systemów rodzinnych. To najbardziej problematyczne rodziny, nierzadko potrzebujące psychoterapii. Rozdziały 5 i 6 zostały poświęcone rodzinom adopcyjnym i zastępczym. W obu tych typach rodzin uwzględniono ujęcia – oprócz psychologicznego – medyczne i prawne; pokazano problemy natury psychologicznej dotyczące szczególnie rodzin adopcyjnych. Odnoszą się one do bezdzietności, doświadczania straty, podjęcia nowych ról i dostosowania wzajemnego w nowej rodzinie, co może zależeć także od wieku adoptowanego dziecka. W rozdziale 7 przedstawiono jeszcze inne formy życia rodzinnego, jakimi są rodziny wielokulturowe. Za znaczące uznano tu takie zagadnienia, jak: wpływ wartości kulturowych na funkcjonowanie rodziny, strategię akulturacji, różnice funkcjonowania różnych kulturowo systemów rodzinnych oraz specyficzne wartości w krajach spoza kultury europejskiej. Te przykładowe zmienne kulturowe i ich ewentualne interakcje zostały potraktowane jako regulatory relacji w rodzinie.

Część III monografii obejmuje problemy życia rodzinnego. Wybrano najczęściej spotykane problemy (zdrowotne i społeczne), które zwykle zakłócają funkcjonowanie rodziny. Należą do nich: choroba przewlekła w systemie rodziny (rozdz. 1), trudności w realizacji planów prokreacyjnych (rozdz. 2), posiadanie dziecka niepełnosprawnego (rozdz. 3), rozwód (rozdz. 4), agresja i przemoc w rodzinie (rozdz. 5) oraz zachowania antyspołeczne w rodzinie (rozdz. 6). Wszystkie wymienione problemy mogą prowadzić do nienormatywnych etapów życia rodzinnego oraz do sytuacji kryzysowych doświadczanych przez rodzinę, stwarzających ryzyko wypracowania przez nią nie zawsze pożądanych form zachowań. Zagadnienia zawarte w tej części monografii zostały dokładnie rozpatrzone, począwszy od przedstawienia charakterystyki „systemu rodziny z problemem”, przez konsekwencje dla funkcjonowania członków rodziny uwikłanych w problem, aż po sposoby radzenia sobie z problemem

przez system rodziny. Przezwyciężanie rozpoznanych tu trudności wymaga aktywizowania zasobów rodzinnych. W zależności od problemu, z którym zmaga się dana rodzina, za ważne uznano: proces adaptacji do sytuacji kryzysowej, aktywność rodziny w poszukiwaniu wsparcia i korzystania z działań pomocowych oraz szeroko rozumianą terapię, a w przypadku agresji, przemocy czy zachowań antyspołecznych – również pomoc socjalną oraz wczesną profilaktykę skoncentrowaną na rodzinie.

W części IV – *Terapia rodzin i terapeutyczna rola rodziny* – znajdują się jedynie dwa rozdziały, ponieważ większość wcześniejszych nawiązuje do praktyki psychologicznej w odniesieniu do konkretnych problemów życia rodzinnego. W rozdziale 1 tej części zaprezentowano współczesne nurty terapii rodzin, odwołując się, przede wszystkim, do jej ujęcia strategicznego i strukturalnego. Uwzględniono podstawowe zasady terapii rodzin oraz wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania. W rozdziale 2 zarysowano rolę psychologii pozytywnej w psychologii rodziny. Polega ona na przypisywaniu rodzinie takich atrybutów, jak siła i prężność – niezbędnych do udanego realizowania wymagań czy radzenia sobie z kryzysami. Terapia rodziny, określana tu jako pozytywna interwencja, ma na celu identyfikowanie i budowanie sił rodziny, jej zasobów i potencjału oraz, co jest szczególnie ważne, pozwala na uzyskanie długoterminowych korzystnych rezultatów.

Książka obejmuje bogatą panoramę zagadnień dotyczących ważnych obszarów funkcjonowania rodziny. Jest ona adresowana do osób zainteresowanych problematyką życia rodzinnego, a w szczególności do specjalistów pracujących z rodzinami. Głównym jednak celem było przygotowanie publikacji zawierającej treści przydatne dla studentów psychologii i kierunków pokrewnych (socjologia, pedagogika, medycyna, prawo). Przekazujemy tę książkę do rąk Czytelnika z nadzieją, że jej lektura pozwoli w pełni docenić wartość i siłę potencjału tkwiącego we współczesnej rodzinie.

Składamy serdeczne podziękowania wszystkim Autorom, dzięki których kompetencjom i zaangażowaniu powstała ta monografia. Pięknie dziękujemy Recenzentkom, Pani Profesor dr hab. Irenie Obuchowskiej i Pani Profesor dr hab. Teresie Rostowskiej za ich życzliwość, docenienie

ważności problematyki i konstruktywne uwagi, które przyczyniły się do ostatecznego kształtu tej publikacji

Iwona Janicka i *Hanna Liberska*

Bydgoszcz–Łódź, czerwiec 2014 r.

Część I

CZŁOWIEK W SYSTEMIE RODZINY

Rozdział 1

Rodzina w ujęciu systemowym

Waldemar Świętochowski

1.1. Podstawowe zasady teorii systemów
1.2. Struktura systemu rodziny
    1.2.1. Granice w systemie rodziny
    1.2.2. Podsystemy
    1.2.3. Role i pozycje w rodzinie
1.3. Procesy systemowe w rodzinie
    1.3.1. Indywiduacja
    1.3.2. Komunikacja
    1.3.3. „Logika" systemu rodziny: homeostaza funkcjonalna
1.4. Zadania rodziny w kolejnych fazach rozwojowych Wspólnota i ciągłość
1.5. W kierunku rodziny funkcjonalnej. Wskazówki praktyczne

Przedmiotem tego rozdziału jest charakterystyka rodziny z punktu widzenia teorii systemowej. Dokładne zrozumienie systemowych procesów rodzinnych jest warunkiem skutecznej pracy psychoterapeutycznej z rodzinami dysfunkcyjnymi i patologicznymi. Omówię w tym rozdziale najważniejsze pojęcia, jak: granice, podsystemy, komunikacja w rodzinie oraz konstytuujące każdy system zjawisko sprzężenia zwrotnego. Opisy zilustruję licznymi przykładami. Rozpocznę od przedstawienia podstawowych zasad teorii systemowej w nauce.

1.1. Podstawowe zasady teorii systemów

Za twórcę ogólnej teorii systemów uważa się biologa i filozofa Ludwika L. von Bertalanffy'ego. Koncepcja ta obejmuje w zasadzie trzy różne aspekty: (1) filozofię systemów, wyrażającą się ideą całościowości i zastępującą mechanistyczne i analityczne zasady nauki pozytywistycznej oraz ideę przyczynowości cyrkularnej, zastępującą deterministyczną zasadę jednokierunkowej przyczynowości liniowej), (2) ogólną doktrynę systemową, na którą składa się zbiór najbardziej ogólnych zasad i reguł, odnoszących się do całej rzeczywistości, przyjmującą na gruncie konkretnych nauk specyficzną dla nich postać (np. jedną z ogólnych zasad systemowych jest zasada sprzężenia zwrotnego, która na gruncie psychologii wyraża się pojęciem wzmocnienia; za składniki systemu osobowości można uznać np. cechy i czynniki) i (3) technologię systemów (praktyczne zastosowania teorii systemowej; w odniesieniu do rodziny jest to systemowa terapia rodzin). Główne tezy teorii systemów są następujące:

- system to zbiór elementów i zachodzących między nimi wzajemnych dynamicznych relacji i sprzężeń, tworzących zdolną do funkcjonowania całość;
- system jest całością, wchodzące zaś w jego skład obiekty oraz ich atrybuty mogą być zrozumiane jedynie z punktu widzenia funkcji, jaką pełnią w systemie;
- granice systemu wyznaczają jego tożsamość w czasie i przestrzeni. Systemy są otwarte (elastyczne i częściowo przepuszczalne granice umożliwiają wymianę z otoczeniem) i zamknięte.

Celem psychologii opartej na paradygmacie pozytywistycznym jest poznanie istniejącej, niezależnie od obserwatora, rzeczywistości psychicznej za pomocą właściwych metod, swoistych „kluczy” do psychiki człowieka. Zakłada się bowiem, że określony skutek zawsze wynika z jednej przyczyny, że wykonanie określonej czynności pociąga za sobą jednoznaczne i przewidywalne skutki. Zadaniem nauki w tym ujęciu jest więc poszukiwanie takich związków deterministycznych, których znajomość umożliwiałaby trafne przewidywanie zachowania człowieka w różnych sytuacjach. Na przykład w psychologii ujmującej osobowość w kategoriach cech poszukuje się stałych właściwości odpowiedzialnych za konkretne zachowania. Zakłada się przy tym, że wysoki poziom określonej cechy osobowości jest równoznaczny z dużym prawdopodobieństwem występowania zachowań objaśnianych przez tę cechę. Prowadzi to do poszukiwania takiego zestawu cech osobowości człowieka (czynników, wymiarów itd.), które w sposób najbardziej zupełny i jednoznaczny byłyby w stanie wyjaśnić wszystkie nasze zachowania i czynności. Ale zdeterminowanie systemu naturalnego, jakim jest człowiek, wcale nie określa sposobu, w jaki poszczególne składniki tego systemu na siebie oddziałują. Czynności wykonywane przez konkretny składnik systemu są określone do pewnego stopnia tym, co robią inne składniki, np. osoba o dużym nasileniu cechy ekstrawersji i impulsywności w pewnych okolicznościach potrafi zachować się powściągliwie i statecznie. Według Laszlo (1978, s. 132) między „wejściami” i „wyjściami systemu”, czyli między sytuacją początkową a zachowaniem, zachodzą związki, które nie mają wymiaru korelacji deterministycznych, ale tworzą „coś w rodzaju demokracji, która określa funkcje do wykonania, ale podejmowanie tych funkcji pozostawia ochotnikom”. Możliwe to jest dzięki znacznej, wewnętrznej elastyczności systemu. Jeżeli w konkretnym momencie daną czynność wykonuje jeden element systemu, to w innej sytuacji podobny efekt może przynieść działanie innego, choć funkcjonalnie równoważnego elementu tego samego systemu. Według takiej zasady funkcjonuje system nerwowy człowieka. Liczne obserwacje i badania kliniczne dowodzą, że uszkodzenie określonych okolic kory mózgowej w wyniku kontuzji czy choroby sprawia, iż część funkcji dotychczas realizowanych przez tę okolicę przejmuje inna okolica kory. Rzecz jasna, nie może to być jakakolwiek jej okolica, lecz tylko taka, w której możliwe jest wytworzenie

nowych połączeń nerwowych (Goldstein, za: Hall, Lindzey, Campbell, 2004).

Podobna teza legła u podstaw myślenia systemowego. Według tego podejścia wyjaśnienia przyczynowo-skutkowe, wynikające z paradygmatu deterministycznego, są prawdziwe w takich naukach, jak fizyka czy chemia, ale zawodzą przy próbach deterministycznego wyjaśniania zachowania się człowieka. W naukach o człowieku, który jest systemem o dużym poziomie autonomii, a więc dużych możliwościach dowolnego i świadomego kierowania swoim zachowaniem, powinno się stosować wyjaśnienia oparte na zasadzie przyczynowości cyrkularnej (kołowej), które mają co prawda charakter hipotetyczny, ale lepiej oddają subiektywny charakter rzeczywistości człowieka aniżeli jednoznaczne wyjaśnienia przyczynowo-skutkowe. Psychika, chociaż w swej istocie nie ma charakteru materialnego, jest realnym bytem uwikłanym w różnorodne związki z otoczeniem; fakty psychiczne powinny być więc opisywane i wyjaśniane w sposób systemowy (Barbaro de, 1999b; Deissler, 1998; Goldenberg, Goldenberg, 2006).

W psychologii akademickiej pojawiły się koncepcje, których autorzy wykorzystują, *implicite* lub *explicite*, zasady systemowej interpretacji zjawisk rzeczywistości. Można do nich zaliczyć teorie holistyczne: Goldsteina, Maslowa, psychologię *ego* i neopsychoanalizę, podejście fenomenologiczne Rogersa i teorie egzystencjalne, a także rozwojowe koncepcje Piageta i Bühler (Hall, Lindzey, Campbell, 2004; Pervin, 1993).

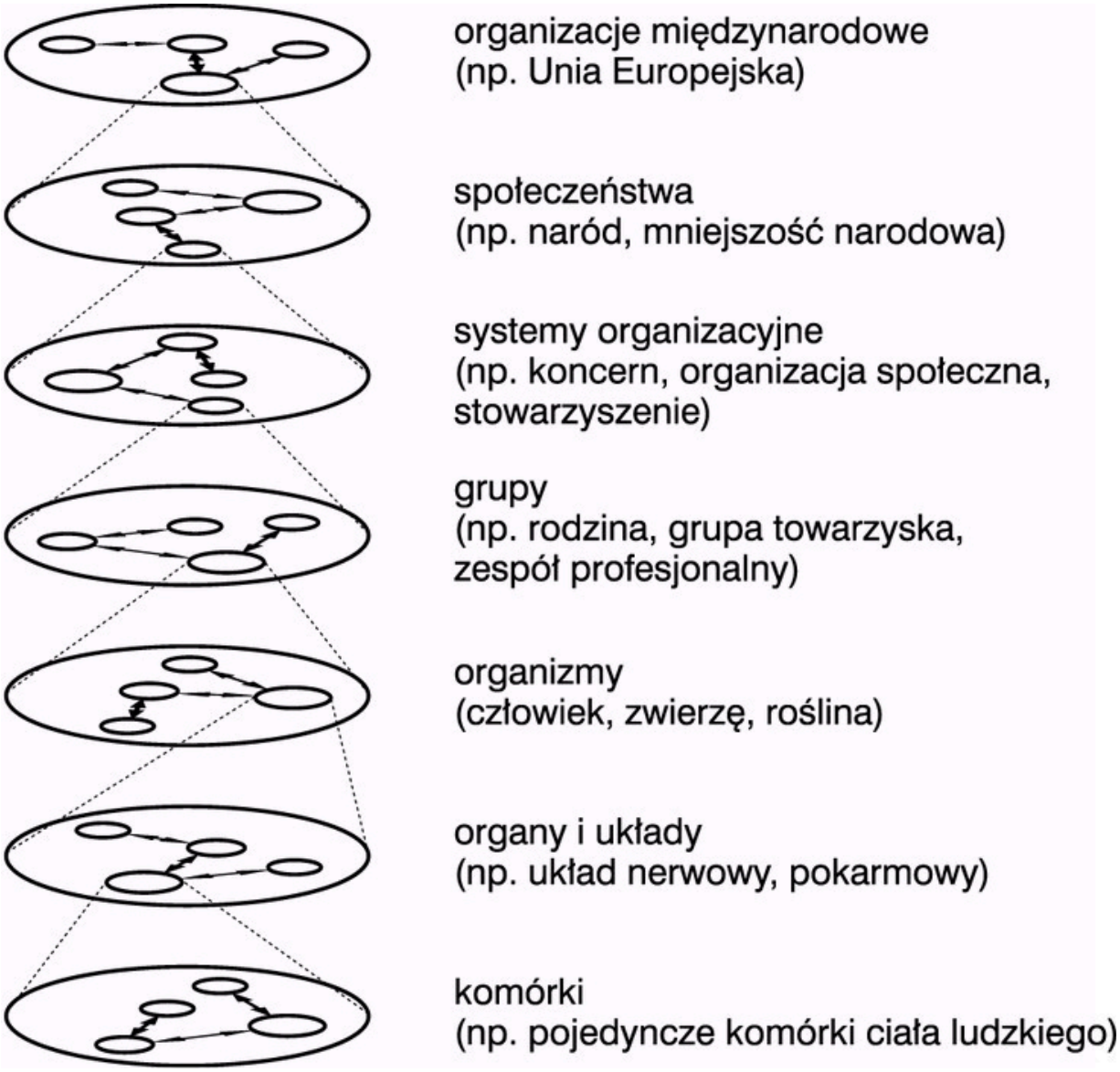
Koncepcja systemowa, stojąc w opozycji wobec ujęcia deterministycznego, proponuje nowe rozwiązania kilku ważnych kwestii, m.in.:

- zakłada, że dynamiki określonej całości (systemu) nie można zrozumieć na podstawie cech jej części składowych, a wręcz odwrotnie – **cechy części składowych mogą być zrozumiane tylko w kontekście dynamiki całości**;
- **każda struktura rozumiana jest jako przejaw procesu, który w sobie zawiera** (np. struktura rodziny w ujęciu systemowym to zespół funkcjonalnych wymagań, adresowanych wobec poszczególnych jej członków, patrz cz. II i następne tej pracy);

- nauka nigdy nie zapewni całościowego i ostatecznego zrozumienia rzeczywistości; jej pojęcia, odkrycia i teorie są ograniczone i przybliżone, dając użyteczne **w danym momencie i okolicznościach** zrozumienie badanego zjawiska (Cempel, 2006); dlatego w systemowej terapii rodzinnej **diagnozę wyraża się** nie przez niepodważalne stwierdzenia oraz rozpoznania (jak w medycynie), lecz przez **hipotezy, które należy sprawdzić w toku pracy z rodziną** (Bertalanffy, 1984; Senge, 1998; Walsh, 1982).

Podejście systemowe zakłada, że świat złożony jest z pięter systemów hierarchicznie uporządkowanych w taki sposób, że każdy poziom jest odrębny organizacyjnie, ale istnieje w powiązaniu zarówno z poziomem niższego, jak i wyższego szczebla (por. ryc. 1.1).

Aby system mógł zachować swoją tożsamość, konieczna jest równowaga między procesami rozwojowymi (**morfogenetycznymi**) i tendencjami do zachowania stałości – procesami **morfostatycznymi**. Wymienione kategorie procesów systemowych są realizowane przez dwa procesy regulacyjne: mechanizm sprzężenia zwrotnego ujemnego, polegający na tym, że zwiększenie siły oddziaływania bodźca na system powoduje zmniejszenie nasilenia reakcji systemu na to oddziaływanie, i mechanizm sprzężenia zwrotnego dodatniego, które zachodzi wtedy, gdy następstwem zwiększenia siły oddziaływania bodźca na system jest zwiększenie siły reakcji systemu na to oddziaływanie. Przyjmuje się, że ujemne sprzężenie zwrotne warunkuje utrzymanie stałości w systemie, a więc jest mechanizmem morfostatycznym, a sprzężenie dodatnie warunkuje procesy zmian – morfogenezę.



RYCINA 1.1

Hierarchia systemów żywych

Źródło: opracowanie własne.

Zjawisko dodatniego sprzężenia zwrotnego często bywa interpretowane jako niekorzystne dla systemu, ponieważ nadmierna tendencja do zmian może doprowadzić do destrukcji tego systemu (a w najlepszym razie – do zmiany jego tożsamości), jeśli nie zostanie zahamowana. Zarazem nadmiar sprzężeń ujemnych może prowadzić do stagnacji i zupełnego zablokowania

zmian rozwojowych, co w kontekście zmieniającego się środowiska skończyłoby się zanikiem systemu.

Do podkreślenia odrębności określonego systemu oraz jego elementów składowych (podsystemów) służą granice, różniące się stopniem przepuszczalności, którą należy rozumieć jako zdolność otwarcia systemu na wymianę informacji. Granica jest niewidoczną barierą otaczającą podsystemy, regulującą liczbę kontaktów, czyli przepływ informacji między nimi (Tryjarska, 2006). Otoczeniem każdego systemu jest część rzeczywistości, nosząca nazwę nadsystemu.

1.2. Struktura systemu rodziny

Rodzinę określamy jako grupę bliskich sobie ludzi, połączonych określonego rodzaju wspólnotą: formalną, majątkową, terytorialną. Za rodzinę uważa się powszechnie taką grupę osób, która składa się z mężczyzny i kobiety złączonych małżeństwem, z ich potomstwa (własnego lub adoptowanego) oraz w niektórych przypadkach z osób innych, najczęściej najbliższych. Funkcje rodziny polegają, przede wszystkim, na stworzeniu każdemu z jej członków prawidłowych warunków do rozwoju, na ochronie i trosce o nich. Jednocześnie każdy członek rodziny powinien czuć się osobą – jednostką niepowtarzalną z dużym poczuciem siły i umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach życiowych (m.in.: Plopa, 2007a; Cudak, 1999; Ziemska, 1999).

Literatura poświęcona rodzinie jest bardzo obszerna i w tym miejscu można odesłać czytelnika do klasycznych pozycji (m.in. Tyszka, 1974, 2002; Ziemska, 1999; Plopa, 2007a; Szlendak, 2011). Wiele z tych prac reprezentuje jednak tradycyjny, a niektóre – socjologiczny punkt widzenia, charakteryzując rodzinę przez jej funkcje i role społeczne (patrz rozdz. 4, cz. I) poszczególnych członków rodziny (jak np. rola ojca, matki, dziecka). Pozwalają one na sporządzenie trafnych i często bardzo wnikliwych portretów różnych rodzin, nie zawsze jednak wystarczają do zrozumienia procesów rodzinnych i zwykle są mało użyteczne w wyjaśnianiu takich zagadnień, jak dysfunkcjonalność i różnego rodzaju patologie (przemoc,

uzależnienie czy przewlekłe choroby – psychiczne i somatyczne) w rodzinie.

Warunkiem prawidłowego funkcjonowania systemu jest odpowiedniość elementów składowych względem siebie i integracja całości. Podobnie jest z rodziną. Można ją charakteryzować pod różnymi względami: kulturowymi (rodziny patriarchalne, matriarchalne), demograficznymi (rodziny wielodzietne, dwudzietne, rodziny z jednym dzieckiem itd.), społecznymi (rodziny z tradycjami, wykształcone, rodziny robotnicze, chłopskie itp.). Ale niezależnie od tych charakterystyk, podstawową sprawą jest rodzinna funkcjonalność. Zarówno rodziny robotnicze, jak i chłopskie, mimo dzielących je różnic, mogą być w takim samym stopniu funkcjonalne jak i dysfunkcjonalne, mogą pomagać swoim członkom w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb i rozwoju jednostek, dostarczając jednocześnie poczucia jedności i tożsamości rodzinnej, lub też przeszkadzać w osiąganiu tych celów.

W ujęciu systemowym całościowo i funkcjonalnie podchodzi się do procesów występujących w każdej rodzinie. **Członków rodziny traktuje się tu jako elementy grupy, w której zachowanie jednej osoby w nieunikniony sposób wpływa na wszystkich pozostałych**. Dlatego określonego zachowania jednostki nie można spostrzegać jednowymiarowo i deterministycznie, np. jako przyczyny zachowania innych. Należy raczej przyjąć, że każdy członek grupy oddziałuje na innych, a oni z kolei wywierają wpływ na niego (Barbaro de, 1994). Każdą rodzinę można więc uznać, niezależnie od charakteryzujących ją, wymienionych wcześniej właściwości, za system psychospołeczny, który stanowi kontekst życia i rozwoju kolejnych pokoleń.

Pojęcie struktury zwykle kojarzymy z budową, składem, organizacją. Tradycyjne koncepcje rodziny, opisując strukturę, wymieniają zwykle rodziców, dzieci, dziadków, dalszych krewnych. **W koncepcjach systemowych** te osoby są oczywiście również ważne, ale **strukturę rodziny definiuje się szerzej, jako zespół funkcjonalnych wymagań, wypełnianych przez określoną osobę (osoby), i oczekiwań, jakie wobec tej osoby (osób) są kierowane.** Stwierdzenie, że ktoś jest np. głową rodziny, oznacza tylko emblemat osoby. Istotne jest natomiast to, czy dana osoba podejmuje np. decyzje ważne dla wszystkich członków rodziny, czy też takich decyzji unika, chociaż pozostali tego oczekują.

Elementami struktury rodziny są także zjawiska czy procesy, których istnienie jest w rodzinie ważne i które wpływają, często podświadomie i pośrednio, na toczący się proces rodzinny. Do takich zjawisk należą np. lojalność i zobowiązania. Wymuszają one niejako pewne zachowania, których jednostka nie podjęłaby spontanicznie (np. obowiązek bycia razem w trudnych sytuacjach). Mogą to być także tragedie i dramaty rodzinne oraz choroby, zarówno istniejące we wcześniejszych pokoleniach, jak i aktualne. Te pierwsze mogą stanowić rodzaj przestrogi (np. uzależnienia – „nie chcę, żebyś był pijakiem tak jak dziadek"), świadomość zagrożenia („nie należy bezgranicznie ufać obcym"), jak i element rodzinnej samooceny (choroby psychiczne – „w naszej rodzinie wszyscy byli przesadnie wrażliwi"). Aktualnie występujące choroby przewlekłe skłaniają z kolei do określonych zachowań bądź też do powstrzymania się od innych (np. opieka nad osobą niepełnosprawną czy unikanie wesołości i swawolnych zachowań w obecności poważnie chorego członka rodziny). O takich sytuacjach zwykło się mówić, że mają one w rodzinie moc regulacyjną (Barbaro de, 1997). W tym sensie wpisują się w strukturę rodziny, tak jakby były jej dodatkowymi członkami (patrz rozdz. 1, cz. I).

1.2.1. Granice w systemie rodziny

W odniesieniu do rodziny można wymienić różne rodzaje granic w zależności od przyjętego kryterium, którym może być:

- przepływ informacji;
- rodzaj aktywności;
- dostęp do określonych przedmiotów czy osób (Radochoński, 1987).

Rodzina wytwarza zarówno granice zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Te pierwsze oddzielają rodzinę od innych systemów, wyznaczają przepływ informacji między rodziną a szerszym systemem i jednocześnie umożliwiają między nimi komunikację oraz współpracę. Mogą to być granice między rodziną nuklearną a otoczeniem społecznym bądź rodziną pochodzenia (ibid.). Określają one tożsamość rodzinną. Najbardziej oczywiste i widoczne na pierwszy rzut oka formy przejawiania się granic to zamykanie przestrzeni i ograniczanie dostępu do własnego terytorium. Materialnym tego wyrazem jest budowanie ścian, instalowanie zamków

w drzwiach, zasłon w oknach itp. Ludzie zamykają przestrzeń także w sensie psychologicznym. Dysponują informacjami, które chcą udostępnić tylko wybranym osobom, utrzymują kontakty z jednymi osobami, unikając jednocześnie kontaktów z innymi, identyfikują się z określonymi przedmiotami, miejscami, poglądami czy zwyczajami. We wszystkich tych zachowaniach przejawia się właśnie tendencja do stawiania granic.

Granice zewnętrzne muszą chronić rodzinę, ale jednocześnie umożliwiać wymianę z nadsystemem, co jest warunkiem rozwoju rodziny i należących do niej osób. **Granice elastyczne** i **przepuszczalne** powodują, że rodzina jest dostępna dla wpływów z zewnątrz, które docierają różnorodnymi kanałami i kształtują społeczny i indywidualny system wartości oraz normy zachowania się społecznego poszczególnych jej członków. Przenikają do niej aktualne problemy społeczne z dalekiego świata i z bliższego otoczenia, kształtując postawy oraz potrzeby psychiczne i społeczne jej członków, np. potrzebę kontaktu z innymi ludźmi, potrzebę bezpieczeństwa. Ulegają one ciągłym zmianom wynikającym z naturalnego rozwoju rodziny.

Granice wewnętrzne istnieją między członkami rodziny lub poszczególnymi jej częściami, noszącymi nazwę podsystemów (Namysłowska, 2000; Drat-Ruszczak, Zubrzycka, 1994; por. też podrozdz. 1.2.2. tego opracowania). Każda rodzina posiada własny świat, który określa jej zwartość, kształtuje i przekształca osobiste dążenia członków rodziny oraz wyobrażenia o sobie i innych. Stanowi teren działania i ekspresji uczuć. Słabe i niewyraźne granice wewnętrzne charakteryzują rodziny silnie ze sobą związane i spójne, nie zostawiające jednocześnie przestrzeni dla indywidualnego rozwoju. Prowadzą one najczęściej do utraty autonomii członków rodziny. Z kolei w przypadku granic sztywnych jest niewielka możliwość wymiany informacji między systemem a otoczeniem lub między podsystemami. Granice wyraźne i jednocześnie sztywne powodują ograniczenia przepływu informacji i spłycenie ekspresji emocjonalnej.

Charakter granic wpływa na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, którego organizacja powinna wykazywać stabilność, stanowiącą warunek tożsamości systemu (Drożdżowicz, 1994; Namysłowska, 2000). Każda rodzina ma swój model uczuć, motywów, wyobrażeń, zainteresowań, wzajemnego zrozumienia. Zawiera on podstawowe oceny rzeczywistości

i sposoby radzenia sobie z nią. Model ten zwykle pomaga w porozumieniu się ze światem, chociaż czasami może także przeszkadzać (gdy np. system wartości kultywowany w rodzinie nie nadąża za przemianami obyczajowymi).

RAMKA 1.1

Osoby, które żyją w systemach o sztywnych granicach wewnętrznych, bardzo mało o sobie wiedzą i nie oczekują żadnego wsparcia, nawet w sytuacjach silnego stresu. Rodziny o takich granicach zwane są niezaangażowanymi, niezwiązanymi czy wyobcowanymi. Natomiast systemy o zbyt płynnych granicach określane są jako „splątane, zmieszane czy uwikłane" (Tryjarska, 1987, s. 16). W rodzinach niezwiązanych upośledzona jest zdolność do wzajemnego rozumienia się i troszczenia o siebie, brakuje w nich reakcji nawet wtedy, kiedy problem jest poważny (Olson, Russell, Sprenkle, 1989). W systemach splątanych, zmieszanych, nie ma jasnych ról, zróżnicowania poszczególnych osób i podsystemów. Optymalne dla rodziny jest więc posiadanie granic elastycznych i trwałych, ale umożliwiających wzajemne kontakty między członkami rodziny, podsystemami oraz z innymi systemami. Pozwalają one na kontakt przy jednoczesnym zachowaniu niezbędnej odrębności i integralności systemu rodziny.

System otwarty cechuje swobodny przepływ informacji, poszczególne jego części wykazują plastyczność zachowań oraz chłonność i wzajemne na siebie reagowanie. Dobrem nadrzędnym jest poczucie własnej wartości, zgodność działań z przekonaniami. Jednostki będące elementami tak działającego systemu nie boją się zmian, a przy ich zachodzeniu wykazują elastyczność i kreatywność (por. np.: Bertalanffy, 1984; Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000).

W sytuacjach granic rozmytych, kiedy poszczególni członkowie rodziny stanowią niemalże całość (myślą to samo, robią to samo, wiedzą, co myślą inni) relacje rodzinne nadają strukturze charakter ,,splątania". Sytuacje takie nie oznaczają jeszcze patologii rodziny, lecz jej dysfunkcjonalność. W rodzinach, gdzie granice między podsystemami są zbyt sztywne i nie dopuszczają do przepływu żadnych informacji, członkowie rodziny nie mogą na siebie liczyć. W strukturze systemu rodzinnego podsystemy

i granice są tymi czynnikami, które w istotny sposób wpływają na prawidłowy rozwój jednostki (Goldenberg, Goldenberg, 2006).

Każdą osobę w systemie rodzinnym charakteryzuje określony stopień dyferencjacji, czyli umiejętności rozróżniania swoich zachowań w zależności od tego, czy są one oparte na emocjach, czy na intelekcie. Niski stopień dyferencjacji oznacza zachowanie warunkowane emocjami. Wysoki jej stopień to zachowanie, w którym, mimo silnie przeżywanych stanów emocjonalnych, pozostaje jednak umiejętność racjonalnego rozwiązania wzbudzających emocje sytuacji. Stopień dyferencjacji wpływa znacząco na funkcjonowanie systemu rodzinnego. Poszczególni członkowie rodziny powinni zachować swoją odrębność, nie ograniczając się nawzajem, a ich wyobrażenie o sobie nie może być uzależnione od akceptacji innych. Osoba, która na rzecz utrzymania równowagi systemu rodzinnego zawsze ustępuje, albo dąży do zawarcia kompromisu „za wszelką cenę", staje się dysfunkcyjnym ogniwem systemu (Barbaro de, 1994).

RAMKA 1.2

Matka mająca małe dziecko i angażująca się w zabawy z nim, stanowi z tym dzieckiem podsystem matka–dziecko, w którym granice między nimi są rozmyte. Ojciec zaś stoi w tym systemie na pozycji niezaangażowanej. Na wczesnym etapie życia rodziny jest to układ prawidłowy, a więc funkcjonalny, bo związek symbiotyczny matka–dziecko jest silniejszy niż związek ojciec–dziecko. Jednakże gdy układ taki przetrwa do etapu dorastania dzieci, a tendencja do usuwania ojca na plan dalszy utrwali się, układ stanie się dysfunkcjonalny, ponieważ matka może mieć trudności z zachowaniem swojej autonomii, a ojciec, stojący na uboczu, nie będzie autorytetem dla dzieci; rodzice utracą więc podstawy do wywierania wychowawczego wpływu na dziecko (Barbaro de, 1994; Namysłowska, 2000; Satir, 2000).

1.2.2. Podsystemy

Ważne miejsce w opisie struktury rodziny zajmują pojęcia podsystemu i nadsystemu. Do podsystemu może należeć jedna osoba, dwie lub większa grupa. Podsystemem w rodzinie jest więc np. samotna matka, realizująca

rolę żywiciela, decydenta i powiernika jednocześnie, diada (np. partnerzy) lub większa liczba członków rodziny (np. rodzice oraz jedno z dzieci). Większość podsystemów wyróżnia się ze względu na konkretne kryteria formalne, jak płeć, wiek czy status społeczny. Na przykład, ze względu na płeć można wyodrębnić podsystem kobiet i mężczyzn; jeżeli przyjąć za kryterium wiek – dzielimy osoby należące do rodziny na starsze i młodsze. W rzeczywistości istnieje jednak tak wiele podsystemów, jak wiele jest kryteriów, na podstawie których one powstają. Na przykład podsystem zwany „żywicielem" to w tradycyjnej rodzinie małżeństwo dbające o utrzymanie rodziny. Ale znane są przypadki takich rodzin, gdzie to zadanie przypada w udziale małoletnim dzieciom, które łożą na utrzymanie rodziny (np. dzieci wykonujące prace zarobkową w krajach Trzeciego Świata, młodociane prostytutki, „pracujące" za mniej lub bardziej jawnym przyzwoleniem członków rodziny), albo dziadkom. Podstawą wyróżniania podsystemów są także charakterystyczne atrybuty, np. ze względu na stan zdrowia wyróżnić można podsystem chorych i zdrowych. Podsystemy powstają także ze względu na rodzaj zadań do wykonania, na podobne potrzeby, wspólny interes. Jedna osoba może należeć do kilku podsystemów. Na przykład kobieta jest zarazem elementem podsystemu małżeńskiego jako żona oraz rodzicielskiego – jako matka (Namysłowska, 2000).

Podział na podsystemy jest więc dynamiczny, może zależeć m.in. od etapu rozwoju rodziny. Na przykład rodzina z małym dzieckiem charakteryzuje się silnym podsystemem matka–dziecko, co jest naturalne w tym okresie, gdy natomiast dziecko podrośnie, silna pierwotnie więź może ulec rozluźnieniu i powstaną dwa odrębne podsystemy; matki i dziecka. Dynamika systemu przejawia się m.in. w tym, że wraz ze zmianą fazy rozwojowej systemu rodzinnego ulega także zmianie wewnętrzna jego hierarchia. Jednakże w szczególnych przypadkach, m.in. w nienormatywnych kryzysach rodzinnych (jak np. w chorobie przewlekłej czy przy niepełnosprawności dziecka), naturalny pierwotnie podsystem może się jeszcze bardziej wzmocnić, doprowadzając do relacji określanej jako „naduwikłanie". Z punktu widzenia systemowej analizy funkcjonalności rodziny istotne jest to, czy przynależność do określonego podsystemu jest akceptowana przez pozostałych członków rodziny i czy pozwala ona realizować cele i zaspokajać ich potrzeby.

W rodzinie wystąpić mogą dwa szczególne rodzaje podsystemów, tworzonych w szczególnych sytuacjach i podporządkowanych konkretnym celom (tzw. podsystemów idiosynkratycznych). Są to przymierza i koalicje (Radochoński, 1987; Zubrzycka, 1993). Charakteryzują się one bliskimi relacjami między określonymi osobami, które chcą ze sobą przebywać i współpracować oraz okazują sobie pomoc i lojalność. Przymierze odnosi się do sytuacji, w której istnieją bliskie relacje między określonymi członkami rodziny, jednak nie mają one na celu występowania przeciwko pozostałym osobom w rodzinie (Namysłowska, 2000). Natomiast członkowie koalicji prezentują podobne poglądy i udzielają sobie wsparcia właśnie w sytuacji konfliktu z pozostałymi osobami. Koalicje i przymierza mogą różnić się czasem trwania i celami, dla których zostały powołane, obejmując niejednokrotnie większą liczbę członków rodziny (Radochoński, 1987; Barbaro de, 1994).

Małżonkowie, najważniejszy podsystem rodzinny, nazywani bywają „architektami rodziny” (Satir, 2000). Relacja małżeńska zajmuje szczególne miejsce w systemie rodzinnym z kilku powodów:

- daje początek rodzinie, a jej charakter (zadowolenie lub niezadowolenie małżonków) determinuje funkcjonowanie całych systemów rodzinnych;
- poczucie szczęścia małżeńskiego rzutuje na zadowolenie z rodziny i całościową satysfakcję z życia. Znajduje to swoje odbicie w klimacie rodzinnym i zaspokajaniu potrzeb, w tym poczucia bezpieczeństwa;
- decyduje o jakości i intensywności komunikacji w rodzinie, a styl interakcji małżonków przenoszony jest na relacje z dziećmi;
- relacja między małżonkami, którzy są jednocześnie rodzicami, ma charakter prototypowy dla dziecka; wzór zachowań interpersonalnych rzutuje na stosunek dziecka do pozostałych członków rodziny i do ludzi w ogóle, wpływa też na proces identyfikacji z rodzicami;
- wyznacza podział obowiązków i organizację całego życia rodzinnego; gdy małżonkowie są zadowoleni ze związku, to organizacja życia rodziny jest harmonijna i adekwatna, przy niezadowoleniu pojawiają się znamiona chaosu, bądź przejmowanie ról dorosłych przez dzieci.

Podsystem małżeński powinien być zdolny do wytworzenia granic, które będą go chronić przed światem zewnętrznym. Muszą one być na tyle

elastyczne, aby go nie odcięły od rzeczywistości i na tyle wyraźne, aby mogły zapewnić prywatność.

1.2.3. Role i pozycje w rodzinie

Jednym z najważniejszych aspektów charakterystyki systemu rodzinnego jest struktura ról, zarówno przypisanych, jak i przyjętych na siebie przez poszczególnych członków rodziny, a także związków zachodzących między tymi rolami. Pojęcie roli najczęściej używane jest do opisania określonych wzorów zachowań (lub własnych wyobrażeń o nich), jakie na siebie przyjmujemy w różnych sytuacjach społecznych. Nie chodzi tu jednak o pełnienie ról w tradycyjnym ujęciu, jak np. roli ojca czy matki. W ujęciu systemowym pojęcia roli używa się w znaczeniu wzajemnie powiązanych tożsamości, jak np. rola kozła ofiarnego, głowy rodziny czy wiecznie chorego (Radochoński, 1987; Bradshaw, 1998). **Role rodzinne są znacznie trwalsze i sztywniejsze a ich pełnienie mniej świadome w porównaniu z rolami społecznymi**. Decydują one w dużym stopniu o kształcie naszego obrazu siebie, o naszej wierze we własne możliwości oraz o tym, jak nas widzą inni i jak są do nas ustosunkowani. Kształtowanie się ról rodzinnych jest procesem bardzo złożonym, obejmującym nie tylko bieżące interakcje zachodzące między członkami rodziny, lecz również ich osobiste doświadczenia oraz tradycje wyniesione z rodzin pochodzenia. Początkiem roli rodzinnej zwykle bywa określona potrzeba jednego lub więcej członków rodziny, którzy chcą, aby ktoś podjął daną rolę. Następnie przyznaje się tej osobie określone atrybuty. Dzięki temu, zamiast mówić komuś, co ma robić, powtarzamy mu wiele razy, jaki to rzekomo jest. Po pewnym czasie dana osoba rzeczywiście podejmuje wyznaczoną jej rolę rodzinną.

Istotną przesłanką funkcjonalności rodziny jest komplementarność pełnionych ról. Jeśli określony członek rodziny podejmuje rolę silnego człowieka, ktoś inny musi pełnić rolę słabego, ktoś może być „dobrym” tylko wówczas, gdy ktoś inny będzie „złym” itp. Jeśli weźmie się pod uwagę fakt znacznej zależności między pełnioną rolą a poczuciem tożsamości, to łatwo zrozumieć, dlaczego w procesie psychoterapii członkowie rodziny często stawiają znaczny opór wysiłkom terapeuty ukierunkowanym na zmianę patogennej roli pełnionej przez daną osobę.

Wiąże się to z faktem, iż pozbawienie określonego członka rodziny pełnionej przez niego roli stanowi zagrożenie dla poczucia tożsamości innych, którzy pełnią role komplementarne. W szczególności dotyczy to świata potrzeb i wartości, które w systemowym ujęciu rodziny odgrywają ogromną rolę.

Determinantą zachowań członków rodziny wobec siebie są więc role i pozycje w rodzinie. Ale sztywne trzymanie się zasad wynikających z roli czy pozycji może prowadzić do relacji dysfunkcjonalnych typu pseudokomplementarnego (wymuszone uzupełnianie się) lub pseudosymetrycznego (wymuszona wzajemność). Prawidłowe relacje w rodzinie powinny bowiem być pochodną uświadamiania sobie potrzeb innych członków rodziny i reagowania na nie. Dopiero wtedy możliwe staje się zrozumienie intencji partnerów, ich pragnień, oczekiwań, ściślejsze uświadomienie sobie norm regulujących stosunek wzajemnych ról i wymagań. Taka sytuacja kształtuje i wzmacnia więzi między członkami rodziny.

Kiedy współzależność między członkami rodziny jest bardzo silna i nie pozwala na indywidualny rozwój, następuje eskalacja symetryczna, oznaczająca często wzrost dominowania środowiska rodzinnego nad realizacją zamierzeń poszczególnych członków. Przybiera to postać walki, nasilają się konflikty, które nie znajdują rozwiązania. Żadna ze stron systemu nie ma szans na rozwój zróżnicowanych potrzeb i wartości. W takiej sytuacji zaczynają narastać sytuacje konfliktowe. Rodzina bardzo często nie uświadamia sobie wzorców tych konfliktów czy procesów, które się do niej odnoszą (Stierlin, Wirsching, Knaus, 1997; Tryjarska, 1995).

Każda jednostka w rodzinie ma swoje miejsce w systemie i swój wkład w jego rozwój. Aby rodzina funkcjonowała w sposób prawidłowy, musi, jako system, dążyć do zachowania równowagi sił. Każda z osób przejawia te tendencje i ukierunkowuje swoje zachowania w zależności od sytuacji – na zdobycie odrębności (przy zbyt silnym poczuciu wspólnoty) lub na zdobycie bliskości emocjonalnej (przy słabym poczuciu przynależności). Zbyt długi czas trwania trudnych sytuacji wyzwala silny lęk i niepokój. W działaniach człowieka znika wtedy pierwiastek racjonalny, ustępując miejsca rozwojowi zachowań emocjonalnych typu histerycznego lub obsesyjnego, mających charakter rozproszenia lub nadmiernej sztywności (Stierlin, Wirsching, Knaus, 1997). W eskalacji symetrycznej zachowanie

zarówno jednej, jak i drugiej osoby jest odbiciem lustrzanym. Nie ma między tymi osobami zaufania, szacunku, akceptacji. Dominuje zasada rządów silniejszego: „ja jestem lepszy i nie pozwolę, by przeciwnik był takim chociaż przez moment”; druga strona traktowana jest zawsze jako wróg (Tryjarska, 1995). Jedna strona jest zawsze zwycięzcą, druga uzyskuje pozycje niższą i jest to sytuacja względnie stała; taka relacja przeniesiona zostaje na wszystkie wydarzenia życiowe. Przy takich zachowaniach nie ma możliwości ujawnienia się indywidualnych potrzeb i wartości. Nie ma szans na ich realizację, na dialog, na wyrażanie oraz werbalizowanie swoich uczuć, myśli, na zachowanie własnej autonomii (Namysłowska, 2000; Tryjarska, 1995).

Z punktu widzenia systemowego to właśnie nie rodzaj pełnionych ról, lecz ich wzajemne dopasowanie do siebie i uzupełnianie się są wyznacznikami jakości funkcjonowania rodziny w tym zakresie.

RAMKA 1.3

Podsystem matka–dziecko, prawidłowy na określonym etapie życia rodziny (kiedy dziecko jest małe), jeśli nie zmienia sposobu funkcjonowania w okresie dorastania dziecka, to jest wyrazem dysfunkcjonalności systemu rodzinnego (symbiotyczny związek matka–dziecko) (Namysłowska, 2000).

1.3. Procesy systemowe w rodzinie

Wprawdzie indywidualne właściwości psychiczne (osobowość, systemy wartości itd.) nie są w myśleniu systemowym ignorowane, ale zakłada się, że to nie one determinują przebieg procesów rodzinnych. Jest wprost przeciwnie – to wzajemne interakcje między członkami rodziny wpływają na zachowanie i pośrednio kształtują osobowość jednostki i wyznaczają możliwość realizacji własnych potrzeb i wartości poszczególnych jednostek (Namysłowska, 2000; Praszkier, 1992). Decydują o tym, jak odbierana jest rzeczywistość: czy stanowi ona zagrożenie, wyzwanie, czy wywołuje stres lub konflikt. Właśnie na tym, w głównej mierze, polega cyrkularny mechanizm procesów rodzinnych.

W tym rozdziale omówię podstawowe procesy występujące w interakcjach rodzinnych, których znajomość pozwala zrozumieć funkcjonowanie rodziny jako systemu, w tym także znaczenie i sens ewentualnej patologii. A takie zrozumienie jest warunkiem skutecznej pomocy rodzinie w przezwyciężaniu skutków sytuacji kryzysowych. Wyrażone wcześniej uwagi nie oznaczają, że jednostka jest bezwolnym produktem systemu. Każdy członek rodziny jest indywidualnością i jego wewnętrzne granice warunkują wzajemne relacje między nim a systemem rodzinnym.

1.3.1. Indywiduacja

Podejście systemowe podkreśla, że rozwój i samorealizacja każdego człowieka, zaspokajanie jego dążeń, potrzeb, wcielanie w życie uznawanych wartości nie mogą odbywać się bez współdziałania osób najbliższych. Istnieje wzajemne powiązanie i zależność oraz konieczność współpracy. Zachowanie jednej z osób, jej możliwości, osiągnięcia wpływają na kształtowanie się pozostałych członków rodziny. Ale każdy z nich (np. zarówno osoba wychowująca, jak i osoba wychowywana) musi zdawać sobie sprawę, że ma własne określone predyspozycje wewnętrzne (potrzeby, świat wartości). Musi być świadoma ich istnienia, umieć je jasno zdefiniować oraz sprecyzować swoje oczekiwania wobec pozostałych członków rodziny. Powinna umieć rozróżnić to, co jest jej światem, jej osobowością, odrębnością od innych osób, nawet najbliższych. Proces indywiduacji jest analogiczny do uzyskiwania autonomii w toku rozwoju osobniczego. Jednostka uczy się w nim podejmowania odpowiedzialności za samą siebie. Indywiduację w rodzinie nazywamy relacyjną, ponieważ zwraca uwagę na relacje z innymi członkami rodziny, na umiejętność jawnego i otwartego manifestowania siebie w procesie wzajemnej komunikacji, lub też na brak takiej umiejętności.

Nieprawidłowe zachowania członków rodziny mogą występować w dwóch skrajnych wersjach – z jednej strony jest nadmierna indywiduacja, niepozwalająca na jawne i otwarte manifestowanie siebie, w której dominują zachowania izolacyjne i obronne, z drugiej – indywiduacja niedostateczna. Każda forma nieprawidłowej indywiduacji relacyjnej jest wynikiem zaburzonych relacji w rodzinie: rodzice (lub jedno z nich)

stawiają nadmierne wymagania i żądania, osoba znacząca i dziecko nie są w stanie dopasować się, dostosować jedno do drugiego. Różnice potrzeb, wartości i wynikające z nich konflikty kształtują związek rodzinny.

Jeżeli indywiduacja posunięta jest zbyt daleko, to jednostka zamyka się w sobie, nie dopuszcza innych do bliższego kontaktu, jak również sama nie nawiązuje komunikacji, a więc jej komunikacja z innymi jest zaburzona. Osoby tak funkcjonujące mają ogromne trudności w samorealizacji, w realizacji własnych planów i dążeń. Natomiast indywiduacja niedostateczna powoduje kłopoty z określeniem własnych granic, nieumiejętność dookreślenia siebie, nadmierną podatność na wszelkie wpływy, a w sytuacji skrajnej – ,,zlewanie" się z otoczeniem. Taka osoba nie jest w stanie wspierać i wychowywać innych, nie jest w stanie wyeksponować siebie, nie daje też tej szansy innym. Zacierają się wówczas granice między własnym Ja a innymi, czego następstwem bywa pojawienie się (lub nasilenie już istniejących) nieprawidłowych zachowań (Stierlin, Wirsching, Knaus, 1997). Taka jednostka nie potrafi podejmować odpowiedzialności za siebie. Oba typy indywiduacji: nadmierna i niedostateczna, wskazują na niemożność nawiązywania prawidłowych relacji (Namysłowska, 2000).

1.3.2. Komunikacja

Istotą działania każdego systemu są interakcje między jego elementami. Na poziomie grupy, a więc także w rodzinie, interakcje zachodzą za pośrednictwem procesów komunikowania się. „Komunikację interpersonalną można rozumieć jako wymianę informacji między dwiema osobami w określonym kontekście społecznym" (Namysłowska, 2000, s. 95). Komunikacja (patrz też rozdz. 2, cz. I) obejmuje wszystkie symbole i sygnały wykorzystywane przez ludzi w procesie przekazywania informacji (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967; Griffin, 1991; Satir, 2000). Nadawca komunikatu zwykle oczekuje określonej odpowiedzi, reakcji ze strony odbiorcy, w związku z czym w jego przekaz wbudowana jest pewna „prośba". Inaczej mówiąc, każdy komunikat wpływa w pewnym stopniu na relację istniejącą między nadawcą a odbiorcą, jak również on sam znajduje się pod wpływem tej relacji. Im pełniej zawartość danego stwierdzenia

wyraża jego intencję („prośbę”), tym mniej miejsca zostaje na ewentualne nieporozumienia.

W ujęciu systemowym za najważniejszą cechę procesu komunikowania się uznajemy aspekt pragmatyczny przekazu. Nie jest więc najbardziej istotne to, jakich słów użył nadawca, ani tym bardziej to, jakie zbudował z nich zdanie. Istotą rzeczy jest sposób zrozumienia i odbioru komunikatu przez jego odbiorcę. Ludzie bowiem, pozostając ze sobą w jakimkolwiek kontakcie, „nie mogą się nie komunikować” (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967). Znaczenie ma przy tym zarówno werbalny, jak i niewerbalny aspekt przekazu. Pierwszy z nich zwykle stanowi zawartość treściową przekazu, drugi – określa relację między rozmówcami.

RAMKA 1.4

Sytuacja: mąż wraca zmoknięty do domu.
Żona: *A widzisz, gdybyś mnie posłuchał i wziął parasolkę, to byłbyś suchy.*
Mąż: *Gdybym, gdybym…. Zawsze masz o coś pretensje. Chyba znowu chcesz się pokłócić.*

W opisanej sytuacji żona wygłosiła obojętny, sprawozdawczy komunikat; faktycznie, gdyby mąż jej posłuchał, nie zmókłby. Odpowiedź męża świadczy jednak o tym, że nadał on komunikatowi dodatkowe znaczenie; odebrał go jako przyganę. Stąd już rzeczywiście prosta droga do awantury. Mąż mógłby również odebrać wypowiedź jako chęć zwrócenia przez żonę uwagi na to, jak bardzo troszczy się o swojego partnera. Wówczas następstwa byłyby zapewne odmienne. Taki sam komunikat można więc odebrać na wiele sposobów. Każdy z nich rodzi określone następstwa; właśnie na tym polega pragmatyczny aspekt przekazu. Sposób odczytania komunikatu, a decyduje o tym odbiorca, prowadzi do określonych zachowań, zwykle do całej ich sekwencji.

Niespójność w obrębie komunikatu, zachodząca najczęściej między jego warstwą werbalną a niewerbalną, to zjawisko zwane podwójnym wiązaniem (*double bind*).

RAMKA 1.5

Małe dziecko przytula się do matki: *Mamusiu, kochasz mnie?*
Matka: *Oczywiście, że cię kocham, ale teraz idź się bawić, bo jestem bardzo zajęta. Gotuję dla ciebie obiadek.*

Dziecko usłyszało jednocześnie dwie sprzeczne informacje: że matka je kocha i że nie chce jego obecności (małe dziecko nie jest w stanie zrozumieć konieczności odraczania gratyfikacji, jeżeli sytuacja tego wymaga). Usiłuje więc znaleźć wytłumaczenie sprzeczności w sposób, jaki jest dla niego dostępny: np. uciekając w świat fantazji. Jeżeli tego rodzaju komunikaty powtarzają się, to mogą ożywić skrywane obawy i irracjonalne lęki („nikt mnie nie chce, nawet mama"). Oczywiście, nie zawsze sprzeczność w obrębie komunikatów *double bind* jest tak oczywista, jak w przedstawionym przykładzie, i nie zawsze ich adresatem jest małe dziecko. Również w interakcjach dorosłych partnerów widoczne są powtarzające się pętle sprzężeń typu podwójnego wiązania, znamionując zawsze co najmniej dysfunkcjonalność związku, a często także – głęboką patologię.

Osoby wchodzą w interakcje i ich zachowanie oddziałuje na zachowanie partnerów relacji a jednocześnie jest modyfikowane przez ich reakcje (Drożdżowicz, 1994). Układ sprzężeń między rodzicami oddziałuje na dzieci, które na niego reagują. To, co się dzieje między dziećmi, wpływa także na każdego z rodziców. Również relacje w innych parach, np. silny związek matka–dziecko, czy przymierze ojca i córki, wywołują specyficzne zachowania i reakcje u pozostałych członków rodziny (Zubrzycka, 1993).

1.3.3. „Logika" systemu rodziny: homeostaza funkcjonalna

W każdym systemie zachodzi stałe oscylowanie między stałością a zmiennością. Istotą dobrze działającego systemu jest pozostawanie w dynamicznej równowadze, co oznacza zarówno gotowość akceptacji nieuchronnych zmian (np. rozwojowych), jak i utrzymanie własnej tożsamości, np. przez ochronę granic oraz podstawowych wartości i norm. Jackson (1957, za: Czabała, 1992) wyjaśnił relację między stałością a zmianą za pomocą pojęcia homeostazy. W tradycyjnym ujęciu, homeostaza utrzymuje tożsamość systemu w taki sposób, że opiera się on

naciskom zewnętrznym. Żeby system rodzinny mógł się utrzymać, dając w miarę stabilną pozycję członkom rodziny, muszą oni posiadać umiejętność przewidywania zachowań pozostałych uczestników interakcji i zdawać sobie sprawę z konsekwencji, jakie z tego wynikną. Wielu autorów podkreśla, że najważniejsze w dobrze, prawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym jest wzajemne zaspokajanie potrzeb. Dzięki temu członkowie rodziny mają zapewnione poczucie bezpieczeństwa i potencjalną możliwość samorealizacji.

Często próba zaspokojenia potrzeb wszystkich członków rodziny za wszelką cenę rodzi tendencję do ujednolicenia zachowań jednostek w stosunku do innych, znaczących członków rodziny. Jeżeli jednak któraś z jednostek systemu rodzinnego utrudnia lub uniemożliwia innym zaspokojenie ich potrzeb, to w rodzinie powstaje napięcie. Rodzą się negatywne postawy, co rzutuje na całość funkcjonowania systemu, który – mając tendencje do zachowania równowagi – będzie dążył do stymulacji zachowań przywracających równowagę.

Rozpatrzmy działanie sprzężeń zwrotnych na konkretnym przykładzie interakcji rodzinnej. Rodzice dyskutują z nastoletnią córką na temat wyboru przez nią kierunku przyszłych studiów, ponieważ ujawniła się znaczna rozbieżność między ich oczekiwaniami a aspiracjami córki:

RAMKA 1.6

Rodzice: *Zastanawialiśmy się nad twoją przyszłością. Doszliśmy do wniosku, że byłoby dobrze, gdybyś poszła na medycynę.*
Córka: *W ogóle nie myślałam o medycynie, takie studia są wykluczone.*
R: *Dlaczego nie? Zawód lekarza zawsze będzie potrzebny, poza tym twój wujek lekarz mógłby ci sporo pomóc.*
C: *Ależ ja w ogóle nie mam uzdolnień w tym kierunku.*
R: *Przecież jeszcze nie możesz tego wiedzieć!*
C: *Miałam na myśli to, że nie jestem dobra z tych przedmiotów, z których oceny liczą się najbardziej na ten kierunek studiów.*

Do tego momentu rozmowa przebiega logicznie i wydaje się konstruktywna. Córka poznała plany rodziców odnośnie do jej przyszłości, oni zaś – jej stanowisko i przyczyny, z których ono wynika. Obie strony pozyskały więc nową wiedzę: córka wie, że rodzicom zależy na jej

przyszłości i starają się na swój sposób tę przyszłość zorganizować, rodzice z kolei dowiedzieli się, że córka jest osobą świadomą własnych słabych stron, z których oni być może nie zdawali sobie sprawy. Następstwem tej rozmowy może być wzrost spójności rodziny i wzajemnego zaufania do siebie oraz, być może, konkretne posunięcia, redukujące obawy. Na przykład córka może tak zaplanować swoją karierę, aby przekonać rodziców, że i ona myśli poważnie o swojej przyszłości, rodzice natomiast mogą zaproponować takie działania, które doprowadzą do wzrostu kompetencji córki i rozproszenia jej obaw. Rodzina zyskała więc oczywiste korzyści, sprzyjające integracji i funkcjonalności systemu. Na przedstawiony fragment rozmowy można spojrzeć jako na ciąg dodatnich sprzężeń zwrotnych, ponieważ każda wypowiedź zwiększa zakres wiedzy uczestników i powoduje wzrost ich porozumienia. Ale dalszy ciąg rozmowy może przebiegać następująco:

RAMKA 1.7

C: *Chcę być aktorką.*
R: *Aktorką; a cóż to za pomysł? To zawód bez przyszłości, a nam zależy na twoim powodzeniu.*
C: *Niektóre aktorki osiągają spore powodzenie, a ja uważam, że mam predyspozycje.*
R: *Każda nastolatka tak uważa.*
C: *Nie wierzycie we mnie. Chyba nigdy nie wierzyliście i nie traktowaliście mnie poważnie.*
R: *Aktor to komediant. Nie pozwolimy na to, żeby nasza córka była pospolitą komediantką.*
C: *A ja i tak zostanę aktorką, a na żadną medycynę nie pójdę.*
R: *W takim razie nie licz na naszą pomoc. Będziesz musiała radzić sobie sama.*
C: *Wcale nie chcę waszej pomocy. I tak przez całe życie musiałam liczyć tylko na siebie.*

W kolejnych zdaniach zawarty był zbyt duży zasób informacji, których rozmówcy nie mogli w tym momencie i w takiej formie zaakceptować. Każda wypowiedź nadawcy prowadzi co prawda do odpowiedzi odbiorcy, ale wymiana ta nie powoduje wzrostu porozumienia. Nastąpił więc nadmiar sprzężeń dodatnich, które do pewnego momentu sprzyjały funkcjonalności

systemu, ale w końcu doprowadziły do przerwania komunikacji. System stał się w tym aspekcie dysfunkcjonalny.

A oto inny przykład: rodzice rozmawiają o wakacjach siedemnastoletniego syna, który po raz pierwszy chce jechać na wakacje z rówieśnikami i trochę obawia się reakcji rodziców:

RAMKA 1.8

Syn: *Tato, chciałbym z tobą porozmawiać o moich wakacjach. Zastanawiam się, jak je sobie w tym roku zorganizować.*
Ojciec: *Tak, musisz odpocząć. Miałeś w szkole ciężki rok, a w przyszłym matura.*
S: *Też tak uważam. Zawsze najlepiej odpoczywa mi się, kiedy coś robię.*
O: *Może pojedziesz na jakiś obóz sportowy?*
S: *No właśnie. Wybieramy się całą „paczką" na żagle.*
O: *Świetny pomysł, o kasę nie musisz się martwić.*

Do tego momentu rozmowa jest zgodna, a więc komunikacja w rodzinie – funkcjonalna. Poszczególne wypowiedzi jej uczestników są raczej lakoniczne, a napięcie utrzymywane na stałym, niewysokim poziomie. Dalsza rozmowa może przebiegać następująco:

RAMKA 1.9

S: *Ale tato, nie chodzi o pieniądze. Trochę obawiam się reakcji mamy, bo zamierzam jechać z moją dziewczyną.*
O: *Masz dziewczynę? Nic nie mówiłeś. A mamą się nie przejmuj, ona zawsze na początku się sprzeciwia, a później mięknie. W TV jest ciekawy mecz, lepiej popatrzmy.*
S: *Tato, nie mam głowy do meczu. Martwi mnie tamten problem.*
O: *Daj spokój, mecz jest ważny, o mistrzostwo ligi.*
S: *Ech, widzę, że teraz tego nie rozwiążemy. Wychodzę, mam randkę.*

Niepokój syna rośnie, a odpowiedzi ojca go nie rozładowują. Następstwem jest zerwanie kontaktu i wyjście syna z domu. Można tę sytuację potraktować jako przykład ciągu ujemnych sprzężeń zwrotnych. Do pewnego momentu rozmowa przebiega harmonijnie i bezkonfliktowo, ale sprzężenia ujemne w konsekwencji przynoszą wygaszenie interakcji.

Podane przykłady pokazują, że funkcjonalność systemu nie jest prostą funkcją sprzężeń jednego czy drugiego rodzaju. Według badaczy teorii systemów, każdy system posiada swoje homeostatyczne *plateau* (poziom homeostazy warunkujący funkcjonalność) i w jego obrębie zachodzi samoregulacja (Bateson, 1972, za: Namysłowska, 2000).

Funkcjonowanie systemu rodzinnego zawsze zmierza w kierunku utrzymania jego stabilności – dlatego każda zagrażająca jej sytuacja wyzwala zachowania, których celem będzie niedopuszczenie do ,,rozkładu" systemu. Kiedy pojawia się zdarzenie czy sytuacja destabilizująca rytm życia, wszyscy członkowie rodziny włączają się, by temu przeciwdziałać. Gdy jedna z osób z systemu rodzinnego sygnalizuje chęć wniesienia zmiany w relacjach wewnątrzrodzinnych, u innych osób występuje tendencja, by temu przeciwdziałać (Namysłowska, 2000, s. 34). Antycypacja zmiany wywołuje niepokój u poszczególnych osób w rodzinie, wzmaga się wówczas tendencja do utrzymania *status quo* systemu (Praszkier, 1992). W ten oto sposób sytuacja zagrażająca jednoczy cały system rodzinny, chociaż nie zawsze rezultat jest dla rodziny korzystny.

RAMKA 1.10

Częstym sposobem przeciwdziałania zmianom jest delegowanie kogoś z członków rodziny do pełnienia roli chorego. Zwykle taką osobą jest najsłabsze ogniwo systemu, czyli ten, kto nie potrafi się obronić przed narzuconą rolą – najczęściej dziecko lub inna osoba mająca trudności adaptacyjne. Wskazanie „chorego" (pacjent indeksowy) pozwala odwrócić uwagę od problemów destabilizujących system.

Funkcję homeostatyczną mogą pełnić nawet zachowania powszechnie uważane za nieprawidłowe: od drobnych problemów wychowawczych, przez zaburzenia zachowania dziecka, aż do objawów somatycznych, zaburzeń psychosomatycznych czy nawet chorób psychicznych. W terapii rodzinnej często okazuje się, że objawy pacjenta służą zachowaniu równowagi rodzinnej. W tym kontekście objawowe zachowanie kogoś z rodziny może być wyrazem dążenia do uniemożliwienia zmiany (Drożdżowicz, 1994; Namysłowska, 2000; Świętochowski, 2010). Zaburzenia zachowania dziecka, wokół których powstają liczne konflikty

rodziców oskarżających się nawzajem, mogą utrzymywać między nimi dystans w sytuacji, kiedy jedno z nich dało sygnał, że dystans ten zaczyna mu dokuczać i będzie dążyło do zmiany (Namysłowska, 2000).

Zachowania członków rodziny zmierzające do utrzymania czy przywrócenia poprzedniej sytuacji są wyrazem braku umiejętności elastycznego dostosowania się do zmiany i świadczą o dominacji mechanizmów morfostatycznych w systemie rodzinnym (Świętochowski, 2010). Funkcjonalnie stanowią one przeciwieństwo morfogenezy, za pomocą której system, uruchamiając mechanizm sprzężenia zwrotnego dodatniego (nasilania reakcji), zmierza do zmiany. Zmiana w danej części systemu rodzinnego, przejawiająca się określonym zachowaniem członka rodziny, wymaga odpowiedzi (reakcji) ze strony pozostałych osób. Zachowania osób w rodzinie podlegają więc ciągłej zmianie i są wyrazem przystosowywania się do tego, co robią inni.

W naturalnym rozwoju rodziny występuje wiele zdarzeń, które naruszają jej równowagę. Są to narodziny dziecka, jego dojrzewanie, usamodzielnienie się i opuszczenie domu rodzinnego lub śmierć członka rodziny. Rodzina z reguły płynnie przechodzi z jednej fazy do następnej, przystosowując się do tych wydarzeń. Mogą w niej jednak wystąpić także zdarzenia nagłe i niespodziewane, jak utrata pracy czy choroba. Reorganizują one rodzinę i wymagają od niej uruchomienia mechanizmów regulacyjnych – morfostazy albo morfogenezy. W obliczu więc ważnych wydarzeń możliwe są dwie reakcje ze strony systemu rodzinnego: albo system powraca do poprzedniego stanu, albo zmienia się. Zablokowanie wprowadzenia zmiany stanowi zagrożenie dla rozwoju rodziny i jej funkcjonalności. Natomiast dominacja mechanizmów morfogenetycznych oznacza zdolność elastycznego dopasowania się do sytuacji i prowadzi do skutecznego poradzenia sobie z nią. Prawidłowo funkcjonujący system posiada elastyczną zdolność do balansowania między utrzymaniem stabilności i dążeniem do zmiany.

Jak więc widać, rodzina jest żywym, otwartym organizmem psychospołecznym, który spełnia wszystkie kryteria systemu. Stanowi autonomiczną całość wraz ze swoją strukturą, rolami i procesami. Stabilność tego układu może jednak łatwo zostać zachwiana, zarówno przez czynniki zewnętrzne wobec niego, jak i takie, które zlokalizowane są wewnątrz systemu.

1.4. Zadania rodziny w kolejnych fazach rozwojowych Wspólnota i ciągłość

Na przestrzeni lat rodzina jest ta sama, chociaż nie taka sama. Mimo że zmiany w niej zachodzące są właściwie procesem ciągłym, to można w procesie rozwoju rodziny wyróżnić kilka charakterystycznych etapów:

- tzw. faza zerowa; jej istotą jest rozwój separacji dorosłych dzieci wobec rodziny pochodzenia (różnicowanie) oraz intymny związek z inną osobą w tym samym okresie rozwoju. W takim związku dokonuje się osiąganie dojrzałości własnego Ja;
- pierwszą właściwą fazą istnienia rodziny jest etap małżeństwa bez dzieci, tworzącego zalążek nowego systemu rodzinnego; na tym etapie następuje wzajemna integracja obojga nowo poślubionych osób z ich rodzinami pochodzenia (małżonkowie włączają partnerów w swoje systemy rodzinne);
- kolejna faza to małżeństwo z małym dzieckiem; głównym wyzwaniem stojącym przed młodą rodziną jest stworzenie miejsca (nie tylko fizycznie, ale przede wszystkim mentalnie i emocjonalnie) dla nowego członka systemu – dziecka (dzieci). Małżonkowie muszą zaakceptować fakt obecności nowej osoby wraz z jej potrzebami i problemami, czyli muszą podjąć role rodziców, a jednocześnie ich rodzice muszą zaakceptować siebie w rolach dziadków;
- rodzina z dzieckiem w wieku dojrzewania; głównym wyzwaniem, jakie muszą teraz podjąć rodzice, jest elastyczna postawa i stopniowe poszerzanie granic niezależności swoich dzieci. Celem tego jest przygotowywanie dziecka do założenia własnej rodziny i opuszczenia domu. Jednocześnie para małżeńska w tym czasie musi stawić czoła licznym zagrożeniom stojącym przed małżeństwem w wieku średnim, takim jak znużenie rutyną codziennego życia, partnerem, a także koncentracja na własnych potrzebach, m.in. związanych z rozwojem kariery zawodowej. Małżonkowie zaczynają także koncentrować się na problemach starszego pokolenia;
- rodzina z dziećmi przygotowującymi się do opuszczenia domu; wyzwania stojące teraz przed rodziną są nie mniej skomplikowane niż

w fazie poprzedniej, należy mianowicie zacząć oswajać się z myślą o swojej rodzinie jako diadzie, rozwijać z dziećmi relacje partnerskie typu dorosły–dorosły, przygotowywać się na ewentualną niepełnosprawność/śmierć swoich rodziców;

- małżeństwo w fazie „pustego gniazda”; konieczna jest w tym momencie akceptacja zmiany pokoleniowej i pogodzenie się małżonków z tym, że od teraz to ich dzieci stanowią trzon rodziny, a ich własna rola będzie stopniowo marginalizowana.

Jak widać, każda faza życia rodzinnego oznacza inne problemy, a przejście między nimi to kryzys rozwojowy. Kryzysy wynikające z procesu rozwojowego noszą nazwę kryzysów normatywnych, ponieważ: (1) są nieuchronne, a tym samym – przewidywalne, (2) sposoby radzenia sobie z tymi kryzysami są standardowe w tym sensie, że rodziny w większości stosują podobne heurystyki, (3) w przypadku trudności wykorzystywane są podobne metody (doświadczenie wyniesione z domu rodzinnego, wiedza potoczna, czasami także porady specjalistyczne – psychologiczne, pedagogiczne, medyczne).

W każdej fazie rodziny pojawić się może także kryzys nienormatywny, który jest następstwem nieprzewidzianych sytuacji stresowych (rozwód, poważna i długotrwała choroba, katastrofa czy inne traumatyczne wydarzenie, dotykające w różnym stopniu wszystkich członków rodziny). Radzenie sobie z takimi sytuacjami bywa trudniejsze i zwykle wymaga specjalistycznej, zaawansowanej pomocy (np. systemowej terapii rodzinnej).

Zwykle przyjmuje się, że o tym, w której fazie rozwojowej jest dana rodzina, decyduje wiek najmłodszego dziecka. To się jednak komplikuje w przypadku większej liczby dzieci, ponieważ przy znacznej rozpiętości wieku między nimi rodzina napotyka problemy, charakterystyczne dla kilku faz rozwojowych. Istnieją także klasyfikacje (patrz rozdz. 10, cz. I) wyróżniające więcej faz rozwojowych rodziny, np. oparte na kryterium rodzaju szkoły, do jakiej uczęszcza najmłodsze dziecko. Myślę jednak, że przedstawiona klasyfikacja, mimo swojej ogólności, jest użyteczna, ponieważ zwraca uwagę na najbardziej istotne problemy, jakie stoją przed rodziną w toku jej rozwoju.

Faza życia rodzinnego wyznacza charakter relacji między członkami rodziny. W fazie małżeństwa bez dzieci dominuje relacja wspólnoty. Młodzi małżonkowie dążą do tego, aby jak najczęściej być razem i wspólnie starają się robić jak najwięcej rzeczy. Również konieczność opieki nad dzieckiem i zajmowanie się jego problemami wymusza podobny rodzaj dominującej relacji w rodzinie. Jednakże w miarę dorastania dzieci, a jednocześnie wraz z indywidualnym rozwojem małżonków (np. zawodowym) pierwotna relacja wspólnoty zmienia swój charakter. Dorastające dzieci nie wymagają już nieustannej opieki, z innymi problemami zwracają się do matki, a z innymi do ojca. Rodzice też coraz pełniej pragną realizować się w wybranych przez siebie aktywnościach. Z biegiem lat zaczynają dominować procesy wymiany (Praszkier, 1992). Mimo to rodzina zachowuje swoją tożsamość dzięki procesom identyfikacji, wyznaczonym granicom, dzięki wypracowanemu systemowi wartości, normom i tradycji rodzinnej.

1.5. W kierunku rodziny funkcjonalnej Wskazówki praktyczne

Przedmiotem tego rozdziału była charakterystyka rodziny, przedstawiona z punktu widzenia teorii systemowej. Omówiłem główne elementy systemu rodzinnego, podając przykłady ich funkcjonowania w praktyce codziennego życia rodziny. Na zakończenie spróbujmy podsumować, czym powinien charakteryzować się prawidłowy, a więc w pełni funkcjonalny system rodzinny. Wymienione zasady mogą stanowić istotne wskazówki do pracy terapeutycznej z rodziną.

- System w każdej sytuacji dąży do osiągnięcia stanu funkcjonalnej równowagi. W niektórych sytuacjach odbywa się to drogą wytwarzania nieprawidłowych (patogennych) relacji, np. w zakresie interakcji czy wzajemnej komunikacji. Pierwsze więc pytanie, jakie powinien zadać sobie terapeuta rodzinny brzmi: „Co robi rodzina, aby zachować homeostazę i zapobiec dezorganizacji systemu?”. Odpowiedź na tak postawione pytanie wyznacza kierunek i cele ewentualnej terapii.

- Granice każdego systemu, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne powinny być wyraźne i równocześnie elastyczne (przepuszczalne), co zapewni z jednaj strony właściwą identyfikację ze swoją rodziną, a z drugiej – adekwatny poziom reagowania na zmiany w otoczeniu oraz na zmiany wynikające z indywidualnego rozwoju członków rodziny.
- Wzajemna komunikacja w systemie powinna być otwarta i jednoznaczna, a w sytuacjach braku porozumienia sposób interpretowania komunikatów powinien być uzgadniany.
- Należy zachować odpowiednią, akceptowaną przez członków rodziny proporcję tendencji morfostatycznych (zachowawczych) i morfogenetycznych (rozwojowych).

Rozdział 2

Specyfika komunikacji interpersonalnej w rodzinie ujmowanej jako system

Barbara Harwas-Napierała

2.1. Modele komunikacji interpersonalnej
    2.1.1. Jednostronny model komunikacji
    2.1.2. Dwustronny model komunikacji
    2.1.3. Relacyjny model komunikacji
2.2. Podstawowe uwarunkowania komunikacji w rodzinie
    2.2.1. Uwarunkowanie podmiotowe
    2.2.2. Uwarunkowania pozapodmiotowe
2.3. Rozwojowe zmiany komunikacji w systemie rodziny
    2.3.1. Komunikacja w podsystemie małżeńskim
    2.3.2. Zmiany rozwojowe komunikacji w podsystemie rodzicielskim
    2.3.3. Komunikacja w podsystemie rodzeństwa
2.4. Warunki kształtowania prawidłowej komunikacji
    2.4.1. Kształtowanie umiejętności usprawniających komunikację rodzinną

Procesy komunikacji interpersonalnej należą do istotnych uwarunkowań funkcjonowania rodziny. Z analizy modeli zdrowej (funkcjonującej bez zakłóceń) rodziny (Praszkier, 1992; Barnhill, 1979) wynika, że czynnikiem odróżniającym rodziny zdrowe od takich, które przejawiają znaczny stopień zakłóceń funkcjonowania, jest właściwy przebieg procesów informacyjnych bazujących na jasnej, otwartej komunikacji między członkami rodziny (zwłaszcza dorosłymi). Niektórzy badacze (Satir, 2000) przypisują procesowi komunikacji tak ważną rolę, że do jej uczenia bądź doskonalenia sprowadzają istotę terapii rodzinnej.

Komunikacja interpersonalna w rodzinie przebiega na szerszym tle relacji między członkami rodziny, będąc zarówno wskaźnikiem, jak i współtwórcą tych relacji. Relacje ujmowane są w literaturze jako suma interakcji – działań, komunikacji werbalnej i niewerbalnej (Cicirelli, 1985) bądź „jako to, co dzieje się między jednostkami w czasie". Relacje mają względnie trwały charakter i implikują „na poziomie zachowań – serię interakcji osób, które nazywa się partnerami interakcji" (Tyszkowa, 1996). Komunikację w rodzinie wyróżnia to, że przebiega ona na tle szczególnie intensywnie zachodzących wspomnianych interakcji osobowych, ze względu na dużą częstotliwość, trwałość i swoistość kontaktów między członkami rodziny. Ten stan rzeczy uwarunkowany jest dwoma czynnikami: (1) wspólnym zamieszkiwaniem i codziennym współżyciem, (2) istnieniem więzi emocjonalnej między członkami rodziny, która sprzyja zdolności odczytywania komunikatów niewerbalnych, spontanicznych, przekazywanych przez gesty, mimikę, pantomimikę, trudniej (niż werbalne) podlegających kontroli.

Komunikacja rodzinna ma więc charakter interakcyjny, co oznacza, że każde zachowanie członka rodziny stanowi w istocie szeroko rozumiany komunikat (zarówno niewerbalny, jak i werbalny) dla innych, a sam jego autor jest jednocześnie nadawcą i odbiorcą komunikatów od pozostałych osób tworzących system rodzinny.

Ogromne znaczenie komunikacji jest widoczne w przypadku systemowego podejścia do rodziny. W tym opracowaniu podjęłam próbę zaprezentowania istotnych zasad leżących u podstaw komunikacji we wspomnianej perspektywie wraz z ukazaniem uwarunkowań, zakłóceń oraz warunków sprzyjających kształtowaniu się istotnej dla rozwoju indywidualnego członków rodziny komunikacji rodzinnej.

2.1. Modele komunikacji interpersonalnej

W literaturze przedmiotu (Stewart, 2002; Frydrychowicz, 2003) wyróżnia się najczęściej trzy podstawowe modele komunikacji: jednostronny, dwustronny (interakcyjny) oraz relacyjny, zwany także transakcyjnym. Omówię je kolejno z perspektywy ich roli w komunikacji rodzinnej.

2.1.1. Jednostronny model komunikacji

W tym bardzo uproszczonym modelu komunikacja przebiega jedynie od nadawcy do odbiorcy przy braku troski o sprzężenie zwrotne (o to, czy komunikat został odebrany). Komunikację ujmuje się tutaj jako przebiegającą jednokierunkowo akcję lub działanie. Działanie to nie uwzględnia sfery „między" osobami, lecz zachodzi „wewnątrz" komunikującego i zdeterminowane jest jego wyborami (Stewart, 2002). Ten rodzaj komunikacji występuje na ogół w rodzinach, w których realizuje się typ rodzicielstwa autorytarnego z dużym naciskiem na kontrolę, wykazując znamiona tzw. wzorca autorytarnego (Grzesiuk, 1979). Tego typu systemy rodzinne charakteryzują się sztywnością granic w podsystemach, a pełnienie roli rodzicielskiej sprowadza się często do wydawania poleceń, nakazów i zakazów oraz kontrolowania zakresu ich przestrzegania, co nierzadko dotyczy również współmałżonka.

2.1.2. Dwustronny model komunikacji

Dwustronny model uwzględnia sprzężenie zwrotne między nadawcą i odbiorcą komunikatu, polegające na jego wysyłaniu i odbieraniu. Komunikacja jest tu ujęta jako interakcja i rozpatrywana jako „seria przyczyn i skutków, bodźców i reakcji" (Stewart, 2002, s. 47). Model ten nadal zniekształca rozumienie komunikacji, zwłaszcza w sferze „lokowania winy i odpowiedzialności" – którą tutaj obarcza się partnera – za określone zakłócenia w komunikacji. Przykładem tego stanu rzeczy może być opisywany przez Praszkiera (1992) przypadek małżeństwa skarżącego się na „jego wycofywanie się i unikanie rozmowy (Ona) i jej zrzędzenie (gderanie) (On)", przy czym każde z małżonków swoje zachowanie

spostrzega jako reakcję na zachowania partnera, nie wykazując chęci zainicjowania zmiany u siebie, zanim dostrzeże ją w zachowaniu współmałżonka.

2.1.3. Relacyjny model komunikacji

Komunikacja zachodząca w ramach obu przedstawionych wcześniej modeli skupia się na jednostkach i jednostkowych zachowaniach. Dotyczy zachowań ukształtowanych już zanim dane osoby zaczęły komunikować się ze sobą. Ten stan rzeczy zmienia się w relacyjnym modelu komunikacji, różniącym się od modelu dwustronnego tym, że nadawca i odbiorca bardziej niż na sobie skoncentrowani są na przedmiocie komunikacji – na tym, co robią lub mogą robić razem. W tym modelu, zwanym też trójstronnym (Frydrychowicz, 2007), możliwe jest kreowanie nowych zachowań i relacji wzbogacających obu partnerów. Stewart (2002, s. 49) wyraża to słowami: „zawsze, gdy ludzie się komunikują, częścią tego, co się między nimi dzieje, jest współpraca w tworzeniu ich tożsamości".

Omawiany model komunikacji, wykazujący podobieństwo do tzw. wzorca współpracującego (Grzesiuk, 1979), umożliwia także inne niż dotąd spojrzenie na kwestię winy i odpowiedzialności za jakość komunikowania się. „Odpowiedzialność oznacza dosłownie «zdolność do odpowiedzi» (*responsibility – ability to respond*), a nie winę, błąd czy zasługę" (Stewart, 2002, s. 49) i w omawianym modelu łączy się z motywacją oraz możliwościami jednostki do przyczyniania się do tego, by sprawy potoczyły się w potencjalnie pozytywny sposób.

Posiadanie przez dorosłych członków rodziny zdolności do komunikowania się w sposób zbliżony do zasad prezentowanych przez ten model jest szczególnie istotne w kształtowaniu się podstaw danych relacji w rodzinie, zwłaszcza w fazie tworzenia się relacji między małżonkami, także ze względu na inne podejście do problemu odpowiedzialności za przebieg procesów porozumiewania się. Przyjęcie tego modelu nie implikuje (w przeciwieństwie do poprzednich modeli) potrzeby szukania „winnego" za brak porozumienia między członkami rodziny, a tym samym stwarza lepsze warunki do modyfikacji zachowania, włączając w to sposoby komunikowania się.

Interesujący, prosty a jednocześnie przydatny w praktyce model ujmowania komunikacji można znaleźć u Stewarta (2002, s. 35), który, definiując komunikację interpersonalną jako „kontakt, który zdarza się wówczas, gdy każda z zaangażowanych osób mówi i słucha w sposób maksymalizujący to, co osobiste", przyjmuje, iż możemy o niej myśleć w kategoriach kontinuum (skali): od bezosobowej do interpersonalnej. Jakość komunikacji (położenie jej na wspomnianym kontinuum) zależy od charakteryzujących jednostkę, nabytych umiejętności, m.in. od stopnia otwartości.

Opisane modele (jako pewnego rodzaju konstrukty teoretyczne) nie istnieją na ogół w czystej formie. W komunikacji w systemie rodzinnym mogą występować (w różnych proporcjach) zachowania komunikacyjne należące do wszystkich wymienionych modeli. Efekt ich oddziaływania, analizowany np. z punktu widzenia rozwoju członków systemu rodzinnego (opisany m.in. przez Frydrychowicza, 2003), będzie zależał od wspomnianych wcześniej proporcji, od właściwego wykorzystania zachowań komunikacyjnych w stosownie dobranych okolicznościach, zależnych m.in. od fazy życia rodziny. Przewaga jednostronnego modelu komunikowania się z dziećmi może być np. szczególnie niebezpieczna dla zdrowia rodziny wtedy, gdy dzieci wchodzą w okres dorastania oraz zaczynają przejawiać związaną z nim podstawową tendencję do uznania ich partnerstwa.

2.2. Podstawowe uwarunkowania komunikacji w rodzinie

Jakość rodzinnej komunikacji determinuje wiele różnorodnych czynników. Mają one strukturę elementarną bądź bardziej złożoną, a ich wpływ na rodzinną komunikację nie jest stały i w dużym stopniu zależy od fazy rozwojowej cyklu życia rodziny. Uwarunkowania rodzinnej komunikacji mają istotny związek z przebiegiem procesu rozwoju indywidualnego jednostek wchodzących w skład systemu rodzinnego oraz ze zdarzeniami życiowymi i kryzysami, które stają się udziałem tego systemu w cyklu życia. Działanie tych czynników ma na ogół charakter interakcyjny, stąd też

trudno o ich jednoznaczną klasyfikację. Z teoretycznego punktu widzenia można je sprowadzić do dwóch podstawowych grup uwarunkowań – podmiotowych (zwanych też indywidualnymi) i pozapodmiotowych.

2.2.1. Uwarunkowania podmiotowe

Obraz własnej osoby i samoocena jako czynnik warunkujący komunikację

Do podmiotowych uwarunkowań komunikacji w rodzinie zaliczyć można przede wszystkim poziom rozwoju indywidualnego jednostki (zarówno intelektualnego, jak i emocjonalnego oraz społeczno-moralnego). U ludzi dorosłych odzwierciedla się on w osiągniętym poziomie dojrzałości osobowej. Wśród tej grupy czynników szczególną rolę w komunikacji rodzinnej pełni struktura obrazu własnej osoby (samoocena jednostki, stosunek Ja realnego do Ja idealnego).

Obraz własnej osoby i samoocena znajduje swój wyraz przede wszystkim w poczuciu własnej wartości. W przypadku zarówno wysokiego poczucia własnej wartości, jak i zawyżonej samooceny jednostka przejawia tendencję do porozumiewania się niepartnerskiego (Grzesiuk, 1979), przypisując sobie prawo do kierowania innymi ludźmi jako mniej wartościowymi. W przypadku niskiego poczucia własnej wartości może godzić się na niepartnerski styl komunikacji, przyznając wyższość potrzebom, dążeniom i uczuciom innych osób. Traktując natomiast potrzeby zarówno własne, jak i cudze jako równie ważne, jednostka będzie bardziej skłonna do partnerskiego stylu komunikacji. Mając wobec innych taki sam stosunek, jak wobec siebie, przyznaje zarówno sobie, jak i innym ludziom prawo do niezależności opinii.

Interesującą próbę ukazania roli poczucia własnej wartości w komunikacji rodzinnej spotykamy w koncepcji trójkątów Satir (1988). Autorka wychodzi z założenia, że podstawą dynamiki (dużej zmienności) w porozumiewaniu się w rodzinie i jednocześnie przyczyną trudności jest fakt, iż dotyczy ona na ogół trzech członków rodziny tworzących trójkąt. Według autorki „Trójkąt to zawsze para plus jeden, a skoro może kontaktować się tylko dwoje ludzi naraz, to ktoś w trójkącie zawsze jest nie do pary, zostawiony sam sobie” (ibid., s. 182). Istotne w tej koncepcji są

dwa założenia: (1) nikt nie może poświęcić takiej samej uwagi dwóm osobom równocześnie, (2) to, że w danej chwili ktoś jest (czuje się) „wykluczony z relacji” (jest „poza” czy czasowo „z boku”), jest spowodowane właściwościami struktury trójkąta, a nie tym, że dana osoba nie jest warta uwagi.

W dobrze funkcjonujących rodzinach jej członkowie mogą uczestniczyć w relacji lub obserwować innych bez poczucia, że się nie liczą. Jest to możliwe wtedy, gdy mają oni poczucie własnej wartości. W przypadku, gdy któryś z członków rodziny charakteryzuje się niskim poczuciem własnej wartości, traktuje „bycie z boku” jako powód do odczuwania negatywnych emocji – złości, wstydu czy cierpienia. Członek rodziny o niskim poczuciu własnej wartości w sytuacji niezwracania na niego uwagi reaguje więc w sposób, który wpływa na zakłócenie relacji między parą będącą w danym momencie w interakcji. Na przykład stara się wywołać poczucie winy u osób komunikujących się, by osłabić jakość tej interakcji.

Styl komunikacji rodzinnej wyznaczony jest także przez stosunek Ja realnego do Ja idealnego jednostki, tworząc inny wymiar obrazu własnej osoby. Badania wykazują (Grzesiuk, 1979), że istnienie znacznej rozbieżności między Ja realnym i Ja idealnym może prowadzić do niepartnerskiego stylu porozumiewania się. Powoduje ono napięcie związane z zagrożeniem poczucia własnej wartości. Ja realne dotyczy przeświadczenia o tym, jaki jestem, jakie są moje możliwości. Ja idealne tworzą zaś przeświadczenie o tym, jaki powinienem być. Oba rodzaje Ja kształtują się pod wpływem doświadczeń życiowych, a zwłaszcza wymagań stawianych w dzieciństwie przez rodziców czy też przez inne osoby z najbliższego otoczenia. Im większa jest rozbieżność między Ja realnym a Ja idealnym, czyli w im mniejszym stopniu człowiek spełnia wymagania, jakie sam sobie stawia, tym większe jest zagrożenie poczucia własnej wartości. Ponieważ ochrona poczucia własnej wartości będzie w tym przypadku najważniejsza, inni ludzie i ich działania mogą być spostrzegani w kategoriach „bezpieczny–niebezpieczny”. Przy stałym napięciu związanym z tym stanem towarzyszyć mu będzie zamknięcie na nowe wiadomości zagrażające stabilności wiedzy o sobie. Będzie się to przejawiać w wykorzystywaniu innych do potwierdzenia własnej wartości, realizacji wyłącznie własnych celów. Zbyt wygórowane pojęcie Ja idealnego może doprowadzić do tłumienia pragnień, myśli, uczuć, których

jednostka nie akceptuje. W konsekwencji nie będzie ona zdawała sobie sprawy z własnych intencji w komunikowaniu się, a w jej zachowaniu pojawi się wiele sprzecznych sygnałów. To wszystko sprawi, że w komunikacji osoby nieakceptującej samej siebie będzie dominował niepartnerski styl porozumiewania się.

Niewielka rozbieżność między Ja realnym a Ja idealnym sprzyja natomiast partnerskiemu stylowi komunikacji, ponieważ jednostka, nie odczuwając zagrożenia, nie musi koncentrować się na ochronie Ja.

Empatia i otwartość jako uwarunkowania komunikacji

Empatię ujmuje się na ogół jako umiejętność wczuwania się w stany uczuciowe innych osób (Eliasz, 1980). Ma ona istotne znaczenie w procesie komunikacji interpersonalnej, w efektywności przekazywania informacji dotyczących zwłaszcza (chociaż nie tylko) sfery doświadczanych emocji. Niektórzy badacze (Rogers, 1980) ujmują empatię jako proces komunikowania się, w którym zachodzi werbalizowanie własnego stanu psychicznego. Empatię traktuje się też jako tę zmienną (Janicka, 1993), która umożliwia optymalny (tzn. stosowny do miejsca, czasu, możliwości percepcyjnych oraz potrzeb osób wchodzących w daną interakcję) poziom otwartości komunikacji. Wysoki poziom empatii komunikujących się osób sprzyja satysfakcjonującej komunikacji interpersonalnej (Janicka, 1993). Empatia jest podstawą, uznanej przez Coveya (2003) za niezwykle istotną dla komunikacji, zasady „staraj się najpierw zrozumieć innych, potem być zrozumiany", która nie może być realizowana bez wykształcenia najwyższej swoistej formy słuchania, a mianowicie tzw. słuchania empatycznego. Jest to, zdaniem autora (ibid., s. 251), „słuchanie z intencją zrozumienia [...] staranie się, by najpierw zrozumieć, zrozumieć prawdziwie". Podkreślając, iż ten rodzaj słuchania wiąże się z przyjęciem punktu widzenia drugiej osoby, autor mówi o wczuwaniu się w jej położenie. ,,Istotą słuchania empatycznego jest nie to, że się z kimś zgadzam, ale to, że go głęboko i w pełni rozumiem, zarówno emocjonalnie, jak i intelektualnie" (ibid.). Taki rodzaj słuchania sprzyja wzbudzaniu zaufania, powodującego otwarcie się na drugiego człowieka w poczuciu bezpieczeństwa, a tym samym zapobiega obronnemu zniekształceniu przekazywanych przez niego komunikatów. Warunkuje więc kształtowanie

się poprawnej, jasnej komunikacji. Ten empatyczny rodzaj słuchania wydaje się szczególnie istotny w komunikacji rodzinnej.

Otwartość bywa rozmaicie ujmowana. Traktuje się ją jako cechę osobowości, właściwość stosunków międzyludzkich, a także jako element komunikacji interpersonalnej, rodzaj stosunku do innych ludzi, który jest związany ze sposobem porozumiewania się (Janicka, 1993). Otwartość nie jest częścią składową wszystkich interakcji zachodzących między ludźmi czy między członkami rodziny, a jedynie ich swoistym rodzajem, charakteryzującym się bliskością, przywiązaniem, zaufaniem, miłością. Otwartość jest procesem komunikowania się przez ujawnianie informacji i zachowań, w których jednostka ułatwia partnerowi interakcji poznanie siebie (Niebrzydowski, 1988). Badacze (Domachowski, 1991) podkreślają, że stopień otwartości jest dla partnerów zjawiskiem dynamicznym, tzn. może ulegać zmianie w toku interakcji bądź ze względu na zmianę warunków, w których ta interakcja przebiega. Występuje tu także prawidłowość polegająca na tym, że im więcej człowiek udziela o sobie informacji, tym większa jest jego otwartość wobec ludzi, a jej stopień zależy w dużej mierze od rodzaju relacji łączącej partnerów interakcji. Otwartość wpływa na jakość komunikacji. Przesłanką prawidłowego komunikowania się jest zdolność utrzymania równowagi w zakresie otwarcia granic informacji o sobie. O zaburzonej komunikacji można mówić wtedy, gdy stopień otwartości tych granic jest zbyt mały lub zbyt duży (ibid.). Odpowiedni (optymalny) stopień otwartości komunikacji determinuje prawidłowy (partnerski) sposób porozumiewania się (Grzesiuk, 1979).

Interesującą i oryginalną koncepcję otwartości jako ,,wdechu” i „wydechu”, spotykamy u Stewarta (2002). Wychodząc z założenia, iż kontakt komunikacyjny tworzą zawsze dwa aspekty – „wejście” i „wyjście”, „odbiór” i „nadawanie”, ,,słuchanie” i „mówienie” – autor odwołuje się do pojęcia otwartości ze względu na dwa potencjalne znaczenia, które, jego zdaniem, pojęcie to posiada. ,,Bycie otwartym” może być traktowane zarówno jako receptywność na myśli i uczucia innych ludzi, jak i skłonność do samoujawniania, ujawniania czy odkrywania siebie. Jednostka może być otwarta (tolerancyjna, wyrozumiała, chcąca słuchać innych) „na wejściu” oraz otwarta (dzieląca się swoimi myślami

i uczuciami z innymi) ,,na wyjściu". Autor ukazuje, iż otwartość może (ale nie musi) występować w obu tych znaczeniach równocześnie.

Empatia i otwartość kształtują się przede wszystkim w rodzinie, zwłaszcza pod wpływem modelującego wpływu rodziców (Niebrzydowski, 1988; Rembowski, 1989).

Płeć jako czynnik determinujący komunikację

Różnice płciowe w komunikacji wiążą się z silniejszą orientacją emocjonalno-społeczną u kobiet, a konkretno-zadaniową (obejmującą także formy wsparcia) u mężczyzn (Brannon, 2002; Jasielska, 2002). Mają one związek z innym wzorcem socjalizacyjnym kobiet i mężczyzn, promującym kształtowanie odmiennego wzorca zachowań przejawianych zwłaszcza w relacjach społecznych, obejmując także odmienne dla każdej płci reguły okazywania uczuć (Shields, 2004). Zgodnie z tym wzorcem (standardem wychowawczym) ujawnianie np. swoich przeżyć, szczególnie negatywnych (skarżenie się, płakanie) nie przystoi chłopcu, który ma wyrosnąć na „prawdziwego mężczyznę", tj. na osobę nieujawniającą swoich uczuć (Braun-Gałkowska, 1992), podczas gdy te formy zachowań emocjonalnych mieszczą się we wzorcu zachowań typowo kobiecych.

Różnice między kobietami a mężczyznami w sferze relacji społecznych dotyczą na ogół dwóch podstawowych kwestii: (1) zachowań i przyswojonych umiejętności społecznych (także komunikacyjnych), (2) znaczenia przypisywanego relacjom społecznym, zwłaszcza w sferze emocji (Jasielska, 2002). Stwierdzone różnice w odniesieniu do pierwszej z wymienionych kwestii obejmują większe zdolności werbalne kobiet (zwłaszcza w okresie dojrzewania i dorosłości), a także zakres treściowy prowadzonych przez nie rozmów (dotyczą częściej uczuć i innych ludzi, podczas gdy mężczyźni koncentrują się na obiektach). W zakresie komunikacji pozawerbalnej różnice dotyczą: przestrzeni osobistej, postawy ciała, dotyku, ekspresji mimiki twarzy i zdolności odbierania informacji pozawerbalnych. Okazuje się, że kobiety podchodzą bliżej do innych osób, zwłaszcza do kobiet (Hall, 1984), uśmiechają się i śmieją częściej niż mężczyźni (nawet wbrew swemu aktualnemu samopoczuciu), utrzymują lepszy kontakt wzrokowy (Frances, 1979), lepiej odczytują mimiczne komunikaty niewerbalne. Charakteryzują się mniejszym poziomem agresji,

co sprzyja podejmowaniu roli mediatora, np. podczas konfliktów rodzinnych (Brajer, 2002), zwłaszcza w rodzinach z dziećmi w okresie dorastania.

Różnice w zakresie komunikacji u kobiet i mężczyzn obejmują zarówno sferę werbalną, jak i niewerbalną. Badania (Wojciszke, 2002) pokazują, że kobiety chętniej słuchają swojego rozmówcy, podczas gdy mężczyźni wchodzą w rolę eksperta, utrudniającą słuchanie.

Różnice płciowe zaznaczają się także w zakresie tzw. niewerbalnych aktów komunikacyjnych. Należą do nich (Nęcki, 2000): gestykulacja, mimika, dotyk i kontakt wzrokowy, pozycja ciała i dystans fizyczny. W zakresie tego typu komunikacji stwierdzono np. (Hall, 1984), że kobiety są lepszymi od mężczyzn nadawcami i odbiorcami komunikatów niewerbalnych, przekazując komunikaty bardziej spójne, zawierające treści zarówno pozytywne, jak i negatywne, mające wyraźniejsze zabarwienie emocjonalne, podczas gdy mężczyźni częściej wyrażają treści neutralne. Szczególnie interesującą różnicą między płciami jest większa zdolność kobiet do odbierania i nadawania niewerbalnych sygnałów społecznych (La France, Henley, 2003). Kobiety odczytują istotne subtelności znaczeń na podstawie tonu głosu, mimiki. Będąc wrażliwsze na różne sygnały, widzą, słyszą i odczuwają więcej, a to, co widzą, słyszą i odczuwają więcej dla nich znaczy (Moir, Jessel, 1993). Mężczyźni ignorują wiele dotyczących ludzi informacji zawartych w subtelnych sygnałach niewerbalnych. Być może dzieje się tak dlatego, że koncentrują się bardziej na działaniu niż na zainteresowaniu ludźmi. Hall twierdzi, że kobiety są także znacznie lepsze od mężczyzn w odkodowywaniu i interpretowaniu wizualnych oraz słuchowych wskazówek dotyczących stanu uczuć drugiej osoby.

W pozycjach poświęconych analizie powodów, dla których mężczyznom i kobietom trudno jest się porozumiewać (Tannen, 1994; Hall, 1984; Tryjarska, Grzesiuk, 1995), zwraca się uwagę na inne, następujące różnice. Mężczyznom zależy przede wszystkim na utrzymaniu niezależności w związku i wolności od wszelkich zobowiązań. Kobiety zaś dążą do stworzenia wzajemnych więzi. Dla mężczyzn świat ma określoną hierarchię, a rozmowy są okazją do osiągnięcia w nim jak najwyższej pozycji. Dla kobiet świat jest wspólnotą, w której najważniejsze jest podkreślanie więzi (a nie walka). Mężczyzna w rozmowie jest bardziej skupiony na tym, **co** się mówi, a kobieta na tym, **jak** się mówi. Dla niego

najistotniejsze jest rozwiązanie problemu, a dla niej – uczucia, jakie temu towarzyszą. Mąż w domu najchętniej nie prowadziłby rozmów, ponieważ nie musi się tam popisywać swoją elokwencją, a żona pragnie rozmów dla podtrzymania wzajemnej więzi.

2.2.2. Uwarunkowania pozapodmiotowe

Wśród tej grupy uwarunkowań komunikacji w rodzinie szczególną rolę odgrywają uwarunkowania społeczno-rodzinne, wiążące się z oddziaływaniem rodziców na dziecko. W tym oddziaływaniu wyróżnić można dwa nurty: (1) nurt oddziaływań osobowościowych (rodzice stają się wzorcem, modelem określonych form komunikacji), (2) nurt oddziaływań wychowawczych (stosowanie systemu swoistych kar i nagród w odpowiedzi na prezentowane przez dziecko formy komunikowania się, w wyniku czego określone wzorce komunikowania się są u dziecka wzmacniane).

Rodzice jako modele określonych form komunikacji

Wzory komunikacji interpersonalnej prezentowane przez rodziców należą do bardzo ważnych uwarunkowań komunikacji. Rodzice są dla dziecka pierwszymi znaczącymi osobami, z którymi łączy je silna więź emocjonalna, sprzyjająca przejmowaniu tych wzorów. Procesem leżącym u podstaw przyswajania ich przez dziecko jest dziedziczenie społeczne (modelowanie). Badania Grzesiuk (1979) potwierdzają teorię modelowania społecznego i dowodzą, że jeżeli człowiek w dzieciństwie miał możliwość obserwowania partnerskiej, otwartej komunikacji między rodzicami lub między rodzicami a nim, to będzie miał tendencję do komunikowania się z innymi również w sposób partnerski. Jeżeli natomiast w domu dominował niepartnerski styl komunikowania się, to istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że dziecko przejmie oraz utrwali właśnie ten styl porozumiewania się.

Ze wspomnianych badań wynika, że rodzice młodych ludzi komunikujących się partnersko nie stosowali kar za nieposłuszeństwo, ale raczej wyjaśniali dziecku, dlaczego jego postępowanie jest niewłaściwe. Gdy formułowali wobec dziecka nakazy, ograniczenia czy wymagania,

zawsze starali się wyjaśnić tego powody. Natomiast rodzice osób przejawiających niepartnerski styl komunikowania się karali dzieci za nieposłuszeństwo, nie uzasadniali, dlaczego stosują określone posunięcia wychowawcze. Wyniki wskazują, że dla partnerskiego stylu komunikowania się facylitujące są doświadczenia wychowawcze związane z rodzicielskimi oddziaływaniami informacyjnymi typu uzasadniania własnych posunięć wychowawczych i wyjaśniania dzieciom niewłaściwości ich postępowania (zamiast karania) (ibid.). Można więc sądzić, że rodzice osób komunikujących się partnersko dążyli do tego, aby ich dziecko rozumiało, czego i z jakich powodów wymagają od niego. Rodzice młodzieży przejawiającej niepartnerski styl komunikowania się nie traktowali swoich dzieci jako partnerów, z którymi podejmuje się rozmowę. Można powiedzieć, że przejawiali wobec dziecka stosunek niepartnerski. Zdaniem Grzesiuk (ibid.), każdy człowiek w toku rozwoju interakcji społecznych wykształca w swoim systemie wiedzy obszar dotyczący zasad porozumiewania się między ludźmi.

Wiedza ta, choć może podlegać modyfikacjom w późniejszym okresie, w dużej mierze kształtowana jest w rodzinie pochodzenia jako tej, która jest dla dziecka pierwotnym źródłem doświadczeń międzyludzkich. Tutaj można ponownie wskazać na mechanizm uczenia się, jakim jest modelowanie. Dziecko na skutek prezentowanych przez osoby znaczące (rodziców) zasad komunikowania się, które nie są jasno werbalizowane, internalizuje je i zaczyna wykorzystywać jako własne. Zasady komunikacji są podstawą do podejmowania określonych zachowań w trakcie nadawania i odbierania wiadomości. Leżą one u podłoża kształtowania się oczekiwań dotyczących zachowań partnera interakcji. Zasady prowadzenia rozmów utrwalone w systemie wiedzy decydują też o tym, czy u danego człowieka przeważać będzie partnerski, czy niepartnerski styl komunikacji.

Badania (Filipiak, 2000) wykazują, że istnieje związek między stylem komunikacji w rodzinie pochodzenia dziecka i stylem, który występuje w rodzinie później przez to dziecko założonej. Przy istnieniu więzi emocjonalnej między rodzicami a dziećmi i wysokim poziomie empatii rodziców, dzieci „dziedziczą” styl komunikacji rodziców zarówno w przypadku stylu partnerskiego, jak i niepartnerskiego. Wyniki tych badań potwierdzają siłę oddziaływania środowiska rodziny pochodzenia na kształtowanie się komunikacji u podlegających jego wpływom jednostek

i potwierdzają siłę modelującego wpływu rodziców na kształtowanie się wzorów komunikacji na skutek międzypokoleniowej transmisji tych wzorów (patrz rozdz. 8, cz. I).

Wzorce pełnienia ról społecznych

Istotne dla kształtowania się komunikacji są również przyswojone przez rodziców wzorce i sposoby pełnienia ról społecznych, zwłaszcza ról rodzinnych. Wzorce zachowań społecznych, modele pełnienia ról rodzinnych, niewłaściwe wzory komunikowania się, destruktywne formy rozwiązywania konfliktów są w dużym stopniu dziedziczone społecznie, zwłaszcza w linii żeńskiej (Radochoński, 2003; Braun-Gałkowska, 1992), z rodzin generacyjnych. Są najczęściej nabywane od rodziców drogą społecznego uczenia się przez naśladownictwo, modelowanie i identyfikację. Ustalenia te są istotne dla praktyki. Terapia małżeństw o zaburzonych relacjach powinna w niektórych przypadkach obejmować także rodziców tych małżonków (zwłaszcza matki), ze względu na matrycentryczny model funkcjonowania rodzin polskich (Tyszkowa, 1990), jeżeli pozostają oni w bardzo częstych kontaktach z już dorosłymi dziećmi.

Na poziom komunikacji rodzinnej wpływają także czynniki kulturowe. Ich wpływ można rozpatrywać w szerszym (międzykulturowym) i węższym znaczeniu (nawiązując tu do tzw. różnych kręgów środowiskowych). Badacze, przyjmując, że „kultura jest komunikacją, a komunikacja jest kulturą”, uznają, że komunikacja werbalna i niewerbalna to sposoby zewnętrznej manifestacji kultury, której abstrakcyjne pojęcia konkretyzują się w zachowaniach komunikacyjnych (Gudykunst, Young Yun, 2002). Wymienia się cztery kategorie filtrów pojęciowych determinujących komunikację: kulturowe, socjokulturowe, psychokulturowe i środowiskowe. Świadomość ich istnienia jest szczególnie istotna w rodzinach małżeństw ukonstytuowanych z osób z odległych kręgów, zwłaszcza kulturowych, i może przeciwdziałać pojawieniu się nieporozumień i konfliktów.

2.3. Rozwojowe zmiany komunikacji w systemie rodziny

2.3.1. Komunikacja w podsystemie małżeńskim

W systemowo ujmowanej rodzinie małżeństwo stanowi podsystem podstawowy. Od niego bowiem zależy powstanie i trwanie rodziny oraz jakość relacji w innych podsystemach, kiedy już powstaną. W ujęciu tym małżeństwo nie jest tylko sumą dwóch elementów, ale całością tworzącą nową jakość, w ramach której małżonkowie oddziałują na siebie wzajemnie (na zasadzie sprzężeń zwrotnych), co powoduje, że zmiany dotyczące jednego z małżonków wpływają na drugiego z nich i na charakter wzajemnych relacji. Relacje te uwarunkowane są wieloma czynnikami (takimi jak postawy małżonków wobec siebie, więź emocjonalna), a także interesującym nas szczególnie sposobem wzajemnego komunikowania.

Niektórzy badacze (Satir, 1988, 2000) sądzą, że prawidłowa komunikacja ma podstawowe znaczenie dla właściwego funkcjonowania tego podsystemu (co zgodnie z zasadą całościowości w dużym stopniu warunkuje relacje także w pozostałych podsystemach). Można wyróżnić trzy grupy czynników determinujących komunikację: (1) wewnętrzne procesy rozwojowe, (2) procesy kohortowe, (3) procesy związane z etapem życia. Wewnętrzne procesy rozwojowe obejmują (w interesującym nas aspekcie) rozwój wspólnych znaczeń (pojęć). Ustalono, że wpływ tego czynnika na komunikację par małżeńskich ma charakter bardziej liniowy niż dwóch pozostałych. Oznacza to, że komunikacja w tych parach wraz z wiekiem staje się coraz bardziej pośrednia, specyficzna i sprawna (Knapp, 1984). W prowadzonych badaniach uwzględniono następujące, opisujące komunikację wymiary: (1) bezpośredniość–pośredniość (*explicit–implicit*), (2) efektywność–nieefektywność, (3) otwartość (samoujawnianie)–brak otwartości. Uważa się, że wysoce pośrednie interakcje w sferze komunikacji występują w stabilnych i homogenicznych relacjach (np. tam, gdzie jednostki mają duże doświadczenie o wspólnym podłożu).

Istotną rolę w komunikacji małżeńskiej pełnią punkty przejścia i kryzysy. Okazuje się (Reiss, 1981), że podczas stresujących i zaskakujących wydarzeń (okresów niestabilnych) małżeństwa tracą swoją zdolność do

stosowania pośredniej formy komunikacji; przybiera ona formę bezpośrednią, nawiązującą do wyraźnie wypowiadanych reguł, zwłaszcza wobec budzących niejasności kwestii. Czynnik kohorty, analizowany z punktu widzenia wpływu na komunikację, obejmuje: (1) normy ekspresji, (2) tzw. ideologie małżeńskie reprezentowane pokoleniowo (w różnych grupach wiekowych), obejmujące np. dominujące teorie dotyczące pełnienia ról rodzinnych także w kwestii wychowywania dzieci. Wydarzenia (etapy życiowe) są trzecim z wymienionych czynników, warunkujących małżeńską komunikację. Mogą one mieć charakter normatywny, tzn. są wydarzeniami, które zachodzą w przebiegu życia większości ludzi (np. małżeństwo, narodziny dziecka) lub nienormatywny (takie, które mogą, ale nie muszą się zdarzyć w życiu danego człowieka, np. choroba, wypadek, otrzymanie spadku). Okazuje się, że na komunikację małżeńską mają wpływ przede wszystkim (chociaż nie tylko) te wydarzenia, które wiążą się z pełnieniem ról rodzinnych. Związane są one z etapami rozwoju małżeństwa na tle cyklu życia rodziny.

Badania nad komunikacją małżeńską wykazują zmniejszanie się ekspresyjności i bezpośredniości w kolejnych fazach cyklu życia. Ukazują także tendencję do zmniejszania się otwartości (samoujawniania) wraz z wiekiem par małżeńskich. Svensen, Eskew i Kohloep (1981), Jourard (1971) oraz Eskew (1978) stwierdzili np., że starsi małżonkowie są we własnej opinii mniej samoujawniający i przejawiający uczucia (emocje) wobec swoich partnerów niż młodsi. Stwierdzono także stałe zwiększanie się, wraz z wiekiem małżonków, sumy nieujawnionych uczuć. Okazuje się (Zietlow, 1986), że starsze pary wykazują mniejszy niż pary młode stopień otwartości w przypadku obszarów problematycznych w małżeństwie.

Wspomniane tendencje były widoczne w badaniach nad komunikacją małżeńską szczególnie podczas rozwiązywania problemów i konfliktów. Badania wykazują, że starsze pary są mniej niż pary młode ekspresywne w uczuciach negatywnych. Używają mniej wypowiedzi oceniających, wykazują mniej kolejnych interakcji typu ocena–ocena i mniejsze jest w ich przypadku prawdopodobieństwo niezgody. Z wielu ustaleń (Troll, 1982; Zietlow, Sillars, 1988) wynika np., że niektóre starsze małżeństwa mogą wydawać się emocjonalnie martwe ze względu na ich pasywny, kongenialny (*congenia*), pokrewny duchowo styl interakcji, co jednak współwystępuje z wysokim poczuciem stabilności i zadowolenia

z małżeństwa (Blieszner, 1988). Interesujące ustalenia pochodzą z badań Zietlowa i Sillarsa (1988), którzy badali komunikację dotyczącą obszarów konfliktów małżeńskich. Wspomniani badacze porównali style rozwiązywania konfliktów wśród par młodych (wczesna dorosłość), w średnim wieku oraz na emeryturze. Badania te pozwoliły na ujawnienie tendencji, zgodnie z którą komunikacja bezpośrednia, charakteryzująca funkcjonowanie młodych par małżeńskich, stopniowo przekształca się w bardziej pośrednią. Towarzyszy temu obniżanie się ekspresywności i kontrolowania relacji, zwiększanie się zakresu kwestii uznanych za oczywiste (i niewymagających konwersacji), wykorzystywanie w porozumiewaniu się coraz większego zakresu elementów tradycji i rytuałów rodzinnych, osobistych przekonań i intuicji. Tendencje te zanikają w okresach przejściowych, zwłaszcza stresowych, które powodują czasowe przerwanie pośredniego charakteru porozumiewania się. W takich okresach następuje chwilowy wzrost bardziej bezpośredniej komunikacji, ze związaną z nią większą ekspresyjnością, po czym powrót do pośredniej tendencji w procesie komunikowania się. Zjawisko to zachodzi u par w wieku średnim.

Można powiedzieć, że młode pary małżeńskie są grupą komunikującą się najbardziej intensywnie i ekspresyjnie, pary na emeryturze charakteryzuje najbardziej zgodny i pasywny rodzaj komunikowania się, a małżeństwa w wieku średnim znajdują się między tymi dwoma biegunami. W przypadku rozwodu i ponownego małżeństwa ustalają się nowe typy relacji.

2.3.2. Zmiany rozwojowe komunikacji w podsystemie rodzicielskim

Komunikacja interpersonalna w podsystemie rodzice–dzieci (należącym do pionowych, międzygeneracyjnych relacji w rodzinie) w aspekcie rozwojowym opisywana jest najczęściej w szerszym kontekście przekształceń relacji dziecka z rodzicami (dorosłymi) (Rostowski, 1986), a zwłaszcza diady matka–dziecko (Worobey, 1989; Dryll, 2003a) i obejmuje również tzw. etap przygotowujący, prekomunikację (*protacommunication*) z okresu prenatalnego. Kwestie dotyczące komunikacji ojciec–dziecko stanowią, jak dotąd, mniej zbadany obszar.

Rozwojowe przekształcenia komunikacji we wspomnianym podsystemie dokonują się przede wszystkim: (1) pod wpływem zmian w rozwoju indywidualnym u rodziców i dzieci, a zwłaszcza pojawiających się nowych potrzeb dzieci, np. charakterystycznych dla dorastania potrzeb samodzielności i autonomii, które w dużym stopniu „wymuszają" zmiany we wzajemnym komunikowaniu się, (2) pod wpływem czynnika kohorty – pokolenia, do jakiego należą rodzice i dzieci, w którym znajdują odbicie oczekiwania społeczno-kulturowe, a także treści wiedzy potocznej szeroko pojętego środowiska.

Rozwojowe przekształcenia komunikacji w podsystemie rodzice–dzieci dokonują się na tle zmian relacji między nimi, zawierającej role, w jakich wobec siebie występują. Chociaż relacja ta od początku (od okresu prenatalnego) jest obustronna, to w początkowym okresie życia dziecka ma charakter niesymetryczny (zależnościowy). Oznacza to inny, w przypadku rodziców i dzieci, rodzaj powinności, uprawnień oraz odpowiedzialności, wyznaczający charakter wzajemnych interakcji. Zmiana relacji, w której początkowo przeważa odpowiedzialność rodziców za dziecko i zależności dziecka od rodziców, dotyczy stopniowego jej przekształcania w kierunku osiągania większej równowagi (symetrii), aż do uzyskania (przy prawidłowo przebiegającym procesie) relacji symetrycznej, oznaczającej zrównanie wyróżnionych wymiarów. Przebieg tego procesu jest szczególnie zauważalny na tym etapie cyklu życia rodziny, w którym dzieci wchodzą w okres dorastania (czwarta faza – zwana rodzicielską – okresu dorastania; Ziemska, 1999).

Opisywany proces dokonuje się na tle kształtowania więzi (przywiązania) między rodzicami (zwłaszcza matką) i dzieckiem, a przejawiane zachowania komunikacyjne (niewerbalne i werbalne) są jednocześnie przejawem jakości budującej się więzi. Właśnie w tym okresie wyraźnie zależnościowa relacja – przejawiająca się przede wszystkim tym, że to głównie rodzice (matka) inicjują, stymulują, odczytują sygnały (reakcje) komunikacyjne nienarodzonego jeszcze, a potem małego dziecka, jednocześnie (zasada cyrkularności), stymulując ich występowanie – przekształca się w relację partnerską. Jest to możliwe m.in. dzięki osiągniętym już i zdobywanym kompetencjom społecznym dorastającego, pozwalającym mu na wyjście poza własny punkt widzenia, dzięki czemu przygotowuje się on do wzajemności i dialogu z innymi jednostkami.

Wspomniane tu przejście odbywa się łagodnie bądź gwałtownie, a jego charakter uzależniony jest od funkcjonowania całego systemu rodzinnego (także na etapach rozwojowo wcześniejszych).

Okres prenatalny od niedawna traktowany jest jako taki, w którym kształtują się początki (podstawy) komunikacji rodziców, a zwłaszcza matki z dzieckiem. Proces ten opisuje się współcześnie w takich kategoriach zachowań, które od początku mają charakter interakcyjny, uwzględniający nie tylko (jak w badaniach dawniejszych) wpływ matki na dziecko, ale również dziecka (nawet jeszcze przed urodzeniem) na matkę, i ukazujący rolę dziecka w tej interakcji. Ten stan rzeczy podkreśla stosowany do jego opisu język, zawierający takie określenia, jak: „systemowość", „dwukierunkowość", „dialog", „synchronizowanie", „wzajemność", „wymiana". Współczesne badania dowodzą, że dziecko już przed urodzeniem może być traktowane jako partner dialogu, ze względu na to, że zanim jeszcze się urodzi „charakteryzuje się specyficznie ludzkimi cechami: przyjmuje wszystkimi zmysłami szeroki zakres bodźców, dokonuje ich selekcji, uczy się, nabywa pewnych nawyków, dzięki temu bezpośrednio po urodzeniu może z rodzicami nawiązać wielozmysłowy kontakt" (Kornas-Biela, 2000, s. 43). Nawiązywanie przez matkę (intuicyjne bądź świadome) swoistego dialogu z nienarodzonym jeszcze dzieckiem, a zwłaszcza komunikowanie się z nim słowne (głośne mówienie do dziecka) lub bezsłowne (w myślach) sprzyja lepszemu rozwojowi dziecka w pierwszym półroczu jego życia (Pająk-Kowalska, 2003).

Komunikowanie się rodziców z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa obejmuje: (1) kontynuację większości zachowań rodziców, które występują w okresie prenatalnym (z wyjątkiem związanych z faktem przyjęcia dziecka na świat), (2) pojawienie się nowych form zachowań, takich jak przede wszystkim społeczny uśmiech. Uśmiech pojawiający się w odpowiedzi na reakcję (uśmiech) rodziców (tzw. uśmiech dowolny) występuje na ogół u niemowląt między 4 a 6 tygodniem życia. Początkowo wywoływany przez rozmaite bodźce, staje się stopniowo reakcją w odpowiedzi na widok twarzy ludzkiej. Od 2 i 3 m.ż. (Birch, Malim, 2002) dzieci potrafią rozpoznawać twarze konkretnych osób i odpowiadają uśmiechem na widok twarzy rodziców. Uśmiech niemowlęcia jest skuteczną formą nawiązywania kontaktu z rodzicami, zwracania ich uwagi na siebie.

W opisywaniu dialogu matki z dzieckiem mówi się współcześnie o niemal równym udziale dziecka i matki (Worobey 1989; Watzlawick, Bearin, Jackson, 1967), przy zdecydowanym uznaniu dziecka za istotę zdolną do komunikowania się. Warto podkreślić „wzajemną zwrotność" relacji między rodzicami a dziećmi, na którą w odniesieniu do matki zwrócił uwagę Schaffer (1977). Realizuje się ona w formie wyważonych interakcji, które pojawiają się w miarę jak zarówno rodzice, jak i dziecko odpowiadają na aktywność drugiej strony. Współcześni badacze coraz częściej podkreślają znaczenie nie tylko związków z matką (jak przekonywał Bowlby, 1969), ale także bliskich kontaktów z ojcem dla rozwoju tej relacji. Badania (Birch, Malim, 2002) ukazały niewielką różnicę między reakcjami matek i ojców na zachowanie niemowląt, chociaż ujawniły różnice w formach nawiązywania interakcji (zabawy) z dzieckiem. Podczas gdy matki czynią to delikatniej, ojcowie bawią się z dziećmi energiczniej, zachowując mniejszą niż matki fizyczną bliskość i stosując bardziej „dorosłe" formy językowe wobec dziecka. A zatem i matki, i ojcowie spełniają różne, równie ważne i dopełniające się role w życiu dzieci (Belsky, 1979).

Charakter komunikacji rodziców z dzieckiem we wczesnym, a zwłaszcza średnim (4–6 r.ż.) dzieciństwie można rozpatrywać m.in. na tle treści aktywności realizowanej z dzieckiem podczas podejmowanych z nim interakcji. Nawiązując do zaproponowanej przez Hoogsteder, Maier i Elbers (1996) typologii interakcji relacji dorosły–dziecko, można powiedzieć, że sposoby komunikacji, a także charakter relacji są uzależnione od tego, z którą z trzech wymienionych aktywności – (1) wspólna zabawa, (2) wykonywanie ważnego zadania, (3) przekazywanie kompetencji (uczenie) – mamy do czynienia. W przypadku zabawy, której podstawowym celem jest przyjemność, komunikacja może stać się doraźnie symetryczna pod względem inicjujących i dopełniających aktów komunikacyjnych. Ponieważ wszystko dzieje się w niej umownie, stosowane środki komunikacji i reguły dotyczą w równym stopniu dorosłego i dziecka. Podczas aktywności, której celem jest realizowanie wspólnego zadania, komunikacja ze strony dorosłego ma charakter inicjujący (instrukcje, polecenia, oceny), a ze strony dziecka charakter dopełniających aktów komunikacyjnych (odpowiadanie na pytania, wykonywanie poleceń). Ten rodzaj aktywności sprzyja ukonstytuowaniu się

relacji typu mistrz–uczeń, czasem o znamionach asymetrii, zwłaszcza gdy celem jest sprawne wykonanie zadania. W przypadku, gdy celem aktywności podejmowanej wspólnie przez dorosłego i dziecko jest uczenie, zachodzi komunikacja dwustronna o wyrównanych proporcjach między inicjowanymi i dopełnianymi aktami komunikacyjnymi o niezwykle zróżnicowanych środkach komunikacyjnych. Ze strony dorosłego występują tu: wyjaśnienia, tłumaczenia, podawanie przykładów, uwagi motywujące i wiele innych. Ten rodzaj wspólnej aktywności odbywa się jednak w warunkach, w których role partnerów nie są równorzędne (dorosły jest bardziej kompetentny niż dziecko) i nie mogą być zmienione w sposób zasadniczy.

Po urodzeniu dziecka komunikacja między rodzicami i dzieckiem, a zwłaszcza matką i dzieckiem, szybko się rozwija. Początkowo polega ,,na uczeniu dziecka wyrażania pragnień i podstawowych ustosunkowań w sposób dla matki zrozumiały" (Dryll, 2003a, s. 150). Podstawowy poziom komunikacji matki z dzieckiem wiąże się z faktem, że reagując w określony sposób na sygnały pochodzące od dziecka, matka jednocześnie uczy je zachowań, które wywołują określoną reakcję z jej strony. „Przypisując określonym stanom dziecka funkcje wskaźnikowania (komunikowania) określonych pragnień, intencji, potrzeb, uczy je tych właśnie intencji oraz sposobu ich wyrażania. Życie psychiczne dziecka jest pochodną życia psychicznego jego matki" (ibid., s. 147).

Duże znaczenie dla rozwoju procesu komunikowania rodziców z dzieckiem ma opanowanie przez dziecko słownictwa, także w zakresie wyrażania przez nie treści dotyczących najpierw jedynie teraźniejszości, a na dalszym etapie rozwoju przyszłości i przeszłości, co znacznie wzbogaca prowadzone z nim rozmowy. Podkreśla się też znaczącą rolę matki (dorosłego), która obserwując reakcje dziecka, decyduje o kształcie jego kompetencji (komunikując swe oczekiwania pozawerbalne i werbalne) i systemie znaczeń językowych (kodu językowego), przez które przekazuje mu swoją wiedzę o świecie.

W okresie dorastania dzieci dokonuje się zasadnicza zmiana w zakresie komunikacji rodziców i dzieci. Wiąże się ona z przekształcaniem relacji dotychczas niesymetrycznej, chociaż (od początku) wzajemnej, w bardziej symetryczną, partnerską relację między nimi. Przekształcanie się relacji między rodzicami a dzieckiem, a tym samym i komunikacji między nimi,

jest procesem trudnym (niekiedy nawet bolesnym) dla obu stron i wymaga ze strony rodziców modyfikacji postawy wobec dorastającego dziecka, która umożliwia mu osiągnięcie wspomnianej, symetrycznej relacji z nimi. Modyfikacja ta dotyczy dwóch poziomów: (1) zmian w zakresie wzorców rozmów i przekazywania uczuć; znacząco wzrasta znaczenie komunikacji słownej (werbalnej), która stopniowo zaczyna „wypierać" przejawy niewerbalnych form komunikacji, zwłaszcza dotykowych, (2) zmian w zakresie postaw wobec dorastającego.

Przedłużanie zależnościowego typu relacji rodziców z dziećmi, połączone z brakiem zmian zachowania rodziców w wymienionych wcześniej obszarach, może być źródłem konfliktów, które mogą się nasilać w miarę stosowania przez rodziców, szczególnie raniących młodzież, form komunikowania się związanych z ironią lub z inną, dotkliwą formą agresji (przejawianej często przez ojców wobec dorastających synów), z sarkazmem (stanowi on w niektórych przypadkach przejaw niepewności i lęku w kontaktach z dorastającymi). Skutecznymi formami komunikowania okazują się wzorce uwzględniające zmiany rozwojowe u dorastających (takie jak np. rozwój myślenia formalnego i związany z nim krytycyzm, a także niestabilność emocjonalna). Należą do nich zwłaszcza dyskusja, negocjowanie, dialog (Bakiera 2003; Liberska, 2006) z uwzględnieniem dziesięciu ogólnych podstawowych zasad, takich jak np.: zasada akceptacji, wiarygodności, poszanowania intymności, równych zobowiązań, informacji, humoru, współdecydowania (Obuchowska, 1996). Te formy komunikacji przyspieszają kształtowanie się relacji wzajemności. Znaczącą zmianę w komunikowaniu się rodziców z dorastającymi dziećmi stanowi zmniejszanie się roli dotyku we wzajemnym porozumiewaniu się na korzyść komunikacji werbalnej (rozmowy), podczas gdy pełni on bardzo istotną rolę w relacjach z dziećmi młodszymi (Katra, 2003). Stwierdzono przełomowy charakter tej zmiany związany z przejawami fizycznego i płciowego dojrzewania młodzieży (Kimmel, Weiner, 1995).

Wraz z rozwojem rodziców i dzieci zmienia się ich relacja i charakter podejmowanych interakcji. Zmieniają się (ewoluują) wzory i reguły komunikacyjne, przekształcaniu ulegają wzory i treści prowadzenia rozmów. Proces ten dokonuje się na tle zmian proporcji odpowiedzialności „od skrajnie jednostronnej odpowiedzialności dorosłego za dziecko przechodzi się do współodpowiedzialności, a w perspektywie dalszego

biegu życia także do zwiększonej odpowiedzialności dziecka za rodziców" (Dryll, 2003, s. 157). Zmiany tej proporcji wyznaczają ogólne ramy tworzące podłoże rozwojowych przekształceń komunikacji w podsystemie rodzice–dzieci.

2.3.3. Komunikacja w podsystemie rodzeństwa

Nawiązując do wyróżnionych przez Braun-Gałkowską (1992) dwóch typów relacji w systemie rodzinnym, można powiedzieć, że komunikacja między rodzeństwem (podobnie jak między małżonkami) stanowi relację poziomą (obejmującą na ogół tę samą generację). Rozpatrywana zazwyczaj w szerszym kontekście relacji, relacja z rodzeństwem jest w porównaniu z innymi (Cicirelli, Nussbaum, 1989), zwłaszcza małżeńską, najmniej poznana. Przyczynę tego stanu rzeczy wiąże się m.in. z trudnościami tego typu badań (zbyt duża liczba zmiennych) i z niedocenianiem tej relacji na tle innych zachodzących w rodzinie (Braun-Gałkowska, 1992). Dane, które istnieją, dotyczą przede wszystkim relacji z rodzeństwem w późniejszym wieku i analizowane są często (podobnie jak w przypadku relacji rodzice–dzieci) w ramach badań z zakresu kształtowania się więzi z rodzeństwem (teorii przywiązania) jako podstawy wyjaśniania trwałej bliskości między rodzeństwem przez całe życie.

W literaturze przedmiotu spotykamy dwa podstawowe sposoby ujmowania natury relacji między rodzeństwem: (1) ujęcie formalno-biologiczne, zgodnie z którym relacja ta jest stanem powiązania przez pokrewieństwo, tzn. przez posiadanie wspólnych rodziców, (2) ujęcie psychologiczne, zgodnie z którym relacje w rodzeństwie są sumą interakcji (działań, komunikacji werbalnej i niewerbalnej) co najmniej dwóch jednostek, które mają wspólnych rodziców biologicznych oraz wspólną wiedzę, określony stosunek do wzajemnej percepcji, przekonania (uczucia względem siebie od momentu, kiedy jedno uświadamia sobie istnienie drugiego). Relacja ta obejmuje działania zewnętrzne i interakcje między rodzeństwem oraz ukryte subiektywne, poznawcze i afektywne składniki tej relacji (Cicirelli, 1985).

Relacja między każdą dwójką rodzeństwa obejmuje cztery fazy: inicjacji, podtrzymania, schyłku i zakończenia. Zmiany w tej relacji przypisuje się głównym wydarzeniom życiowym, zmianom społecznym i środowiskowym

(Ginsburg, 1986). W przypadku relacji między rodzeństwem związek zaczyna się we wczesnym dzieciństwie, kiedy rozwija się podstawowe przywiązanie. Wtedy relacja ta wchodzi w długą fazę podtrzymywania, która obejmuje większą część przebiegu życia rodzeństwa. Intensywność tej relacji fluktuuje, kiedy któreś z rodzeństwa przechodzi przez poważniejsze zdarzenie życiowe (np. szkoła, dojrzewanie, wyjście z domu, małżeństwo, rodzicielstwo, wdowieństwo, emerytura). Rodzeństwo współdziała z większą intensywnością w pewnych okresach; czasem może się nie spotykać ani nie komunikować przez dłuższy czas, mimo że inni członkowie rodziny komunikują się ze sobą. Zamierzone zakończenie relacji między rodzeństwem jest rzadkie, występuje na ogół w przypadku poważnego nadużycia zaufania czy nadmiernych oczekiwań którejś ze stron. Dla większości par rodzeństwa relacja kończy się nagle, wraz ze śmiercią któregoś z nich, albo stopniowo, wraz z pogarszającymi się funkcjami organizmu każdego z nich z nich pod koniec życia.

Relacje między rodzeństwem w ich rozwojowym aspekcie opisywane są na tle zadań rozwojowych rodzeństwa. Ujmuje się je jako pewne zachowania społeczne, które mają być osiągnięte przez większość (jeśli nie wszystkie) rodzeństw w danej kulturze w przebiegu całego życia (Cicirelli, 1980; Goetting, 1986). Goetting opisała zadania rozwojowe rodzeństwa w trzech różnych stadiach życia. W stadium pierwszym, dzieciństwa i adolescencji, rodzeństwa dostarczają sobie towarzystwa i społecznego wsparcia. Od rodzeństwa starszego oczekuje się podejmowania przekazanej im odpowiedzialności za rodzeństwo młodsze, świadczenia bezpośrednich usług (włącznie z formowaniem koalicji rodzeństwa do kontaktów z rodzicami), dostarczania sobie zasobów (z obroną fizyczną, nauczaniem umiejętności itp.). Na etapie drugim, wczesnej i średniej dorosłości, rodzeństwo nadal dostarcza sobie towarzystwa i wsparcia emocjonalnego, może dostarczać pomocy i usług bezpośrednich (jak np. pomoc w chorobie, opieka nad dziećmi, pożyczanie pieniędzy czy dzielenie się innymi zasobami). W średniej dorosłości rodzeństwo współpracuje również w opiece nad starszymi rodzicami oraz działa wspólnie przy likwidacji domu rodzinnego i podziale własności po śmierci rodziców. W trzecim stadium wyróżnionym przez Goetting, w wieku podeszłym, rodzeństwo nadal zapewnia sobie towarzystwo i wsparcie emocjonalne. Intensywność tej relacji może się zwiększyć wraz z potrzebą rekompensowania utraty

innych członków rodziny i przyjaciół. Rodzeństwo dostarcza sobie wspólnych wspomnień i percepcyjnej ważności dla siebie nawzajem, wyjaśniając zdarzenia i relacje, które wydarzyły się w życiu i umieszczając je w dojrzałej perspektywie. W starszym wieku rodzeństwo pracuje nad rozwiązaniem trwających od wczesnych lat konfliktów i rywalizacji między sobą, kontynuuje dostarczanie sobie pomocy i bezpośrednich usług, kiedy wymaga tego sytuacja. Rodzeństwo może też pomagać sobie nawzajem w problemach codziennych, związanych ze starzeniem się i śmiertelnością (Cicirelli, 1980).

Niektóre z tych zadań rozwojowych są typowe dla poszczególnych etapów życia, inne (np. dostarczanie towarzystwa, wsparcia emocjonalnego, pomocy i bezpośrednich usług) wydają się zadaniami rozciągającymi się na całe życie. Należy pamiętać, że nie ma badań skierowanych na ustalenie istnienia tych zadań rozwojowych jako zachowań, których się oczekuje w naszej kulturze, stąd też jest to lista zachowań raczej obserwowanych niż oczekiwanych[1].

2.4. Warunki kształtowania prawidłowej komunikacji

Kształtowanie prawidłowej komunikacji rodzinnej obejmuje dwa podstawowe obszary oddziaływań. Pierwszy (ogólny) wiąże się z osiąganiem dojrzałości osobowej dorosłych członków rodziny, drugi z kształtowaniem swoistych, usprawniających komunikację umiejętności, takich jak: otwartość, umiejętność słuchania oraz konstruktywne rozwiązywanie konfliktów. Dojrzałość osobowa umożliwia nadawaniu komunikacji bardziej interpersonalnego charakteru (zbliżającego ją do wzorca transakcyjnego) ze względu na zdolność decentracji (wyjścia poza swój punkt widzenia), która charakteryzuje osoby dojrzałe. Dojrzałość osobowa i poczucie własnej wartości warunkują bowiem wystąpienie takich zachowań, które kształtują prawidłową komunikację w rodzinie. Należą do nich przede wszystkim: jasne wyrażanie swojego zdania, wyjaśnianie i precyzowanie tego, co się mówi, proszenie odbiorców o informacje zwrotne i otwarte ich przyjmowanie, wzajemna odpowiedzialność za to, co

się mówi, a także otwartość w wyrażaniu emocji. Niedostatek wspomnianej dojrzałości prowadzi do zaburzeń komunikacji, przejawiających się najczęściej brakiem prawidłowego odbierania komunikatów i niepotwierdzaniem ich odbioru, niespójnością i niejasnością ich przekazywania, komunikowaniem się nie wprost, niedostateczną precyzją używania słów, generalizowaniem, niepełnym przekazywaniem treści (niekoniecznie zdań), zagadkowością i dwuznacznością w przekazywaniu komunikatów. Wymienione zaburzenia prezentowane są z różnych perspektyw: jako bariery komunikacyjne (Bolton, 2002), jako wzory dysfunkcyjnego komunikowania się (Radochoński, 1984) bądź jako niewłaściwe strategie rozwiązywania konfliktów (Rostowska, 2001)[2].

Komunikacja rodzinna uwarunkowana jest przede wszystkim poziomem dojrzałości osobowej małżonków (rodziców). Charakter występujących między nimi interakcji, w tym wzory komunikowania się, stanowią oś, wokół której kształtują się pozostałe relacje w rodzinie (Satir, 2000). Kształtowanie prawidłowej komunikacji musi zatem obejmować zabiegi sprzyjające tworzeniu (wzmacnianiu) wspomnianego wymiaru osobowości, w tym przede wszystkim pracę nad podnoszeniem poczucia własnej wartości, poprawą obrazu Ja małżonków (podwyższaniem samooceny) oraz nad zwiększaniem ich poczucia bezpieczeństwa w rodzinie, sprzyjającego większej otwartości.

Chodzi tutaj o ochronę (wzmacnianie pozycji) małżonków indywidualnie i jako pary. Ważność tej niedocenianej kwestii jednoznacznie podkreśla Satir, mówiąc słowami: „jeśli związek małżeński nie jest chroniony i nie daje mu się szansy, by rozkwitł, a żaden z partnerów nie ma możliwości własnego rozwoju, to system rodzinny jest wypaczony, a rozwój dzieci zaburzony” (za: Stewart, 2002, s. 424). Osiąganie wspomnianej dojrzałości może być realizowane przede wszystkim w ramach takich działań, które sprzyjają ogólnemu rozwojowi indywidualnemu, i związane jest przede wszystkim z samowychowaniem i edukacją.

2.4.1. Kształtowanie umiejętności usprawniających komunikację rodzinną

Rozwijanie umiejętności otwartego wyrażania siebie

Potrzeba posiadania tej umiejętności dotyczy przede wszystkim małżonków. Podstawą otwartości komunikacji jest zdolność do przekazywania wprost „komunikatów o sobie" (Gordon, 2000), o własnych myślach, uczuciach, obawach i życzeniach, będąca przeciwieństwem czynienia tego przez milczenie, niejasne aluzje, dotyczące także partnera. Otwartość prowadzi do trzech istotnych dla przebiegu procesu komunikacji w rodzinie stanów rzeczy: (1) uwalnia od podświadomie doznawanego napięcia, które występuje wtedy, gdy nie możemy (obawiamy się) go ujawnić, (2) zmniejsza zakres nieporozumień i konfliktów, wynikających z niewłaściwego wzajemnego odczytywania intencji (z domyślania się tego, co chce przekazać partner), (3) sprawia, że przekazywany komunikat może być właściwie przez partnera (małżonka) odebrany i jako taki może być uwzględniony w jego postępowaniu, które staje się dzięki temu „czytelne" dla nadawcy tego komunikatu.

Fritz Fischaleck (1990) wyróżnia pięć istotnych reguł, warunkujących wspomnianą otwartość: (1) wyrażanie wprost naszych życzeń (bez oczekiwania, że partner sam się ich domyśli; dotyczy to zwłaszcza par o pewnym już stażu małżeńskim) zamiast zadawania tzw. pytań pozornych, (2) otwarte informowanie o doznawanym napięciu i złości. Reguła ta pozwala na nieobciążanie relacji z partnerem, zwłaszcza wtedy, kiedy źródło napięcia jest zewnętrzne (np. kłótnia w pracy); doznająca napięcia osoba powinna wyraźnie zaznaczyć, że nie ma ono z partnerem nic wspólnego, (3) otwarte werbalizowanie doznawanych słabości i obaw, co niweluje na ogół ostrą reakcję partnera (np. „unikałem ciebie przedtem, ale nie czułem się jeszcze gotowy do rozmowy"), (4) wyrażanie uczuć, jakie odczuwamy mimo okazjonalnego zakłócenia komunikacji (np. „lubię cię, mimo że zachowujesz się obrzydliwie"), (5) respektowanie granic otwartości, jakkolwiek otwartość jest podstawą budowania dobrej rodzinnej komunikacji; chodzi tu o to, by nie stosować tej otwartości za wszelką cenę w sprawach niebędących zasadniczymi dla związku.

Bezpośrednio przekazywane komunikaty o własnym odczuciu, zwłaszcza te, które dotyczą wyglądu i zachowania partnera, są mniej raniące go i mniej narażające na zakłócenie relacji między partnerami niż wypowiedzi pośrednie, niejasne i niespójne. Komunikaty „o sobie" nie sprzyjają też kształtowaniu się poczucia winy u partnera, które na ogół wywołuje reakcje obronne (agresywno-wycofujące się), utrudniające wywołanie pozytywnej zmiany w jego zachowaniu. Lepsza więc, zamiast „Jesteś nieodpowiednio ubrany", będzie wypowiedź „Czuję się nieswojo, kiedy jesteś w dżinsach na koncercie".

Otwartość komunikacji ważna jest nie tylko w małżeństwie. Spełnia też istotną rolę w komunikacji rodzice–dzieci. Ważnym przykładem (wzorcem) komunikatu „o sobie" („wypowiedzi ja"), zapewniającym rozmowę partnerską z dzieckiem, a więc taką, która nie daje przewagi ani rodzicom, ani dziecku, nie poniża żadnej ze stron i daje możliwość konstruktywnego rozwiązania (w postaci możliwej zmiany zachowania u dziecka), jest następująco sformułowany komunikat jednego z rodziców wobec dziecka: „Kiedy wracasz do domu tak późno, myślę, że stało ci się coś złego, nie mogę zasnąć i mam ochotę złoić ci skórę" (Gordon, 2000). U jego podstaw leży akceptacja i szacunek, a włączając do dialogu z dzieckiem własne treści, rodzice kształtują u dziecka przejmowanie przez nie odpowiedzialności za swoje zachowanie. W przeciwieństwie do wypowiedzi typu „ty", sprzyjają jasności komunikacji, nie rodząc u odbiorcy (nie tylko u dziecka, chociaż zwłaszcza u niego) poczucia zagrożenia.

Kształtowanie umiejętności słuchania

Umiejętność ta wiąże się z potwierdzeniem odbioru otrzymywanych informacji (komunikatu). Tego typu zachowania (sprzyjające powstaniu u ich nadawcy sympatii do odbiorcy) realizowane są podczas swoistej formy słuchania nazywanej w literaturze przedmiotu słuchaniem uważnym, aktywnym (Gordon, 2000) bądź empatycznym (Covey, 2003). Przejawia się ono (Grzesiuk, Trzebińska, 1978) w następujących formach: w zachowaniach niewerbalnych wskazujących na uważne słuchanie nadawcy, takich jak np.: patrzenie w oczy rozmówcy, potakujące kiwanie lub przeczące kręcenie głową, mimiczne odpowiadanie na przekazywaną

wiadomość – uśmiech czy potakujący wyraz twarzy itp.; w stosowaniu zwrotów świadczących o uważnym słuchaniu, np. „mhm”, „tak”, „ależ skąd”, „rozumiem”, „nie rozumiem”, „to prawda”; w wypowiedziach nawiązujących do tematu podjętego przez rozmówcę, a więc zawierających ocenę czy opinię związaną z tym, co przekazał nadawcy, stwierdzenia uzupełniające lub korygujące treść otrzymanych wiadomości, a także stanowiących rozwinięcie wątku rozmowy itp.; w pytaniach odbiorcy nawiązujących do treści stwierdzenia nadawcy.

Uczenie konstruktywnych strategii rozwiązywania konfliktów

Podstawą przezwyciężania konfliktów jest otwarta i uczciwa komunikacja dotycząca kwestii budzących nieporozumienia. Prawidłowe rozwiązywanie konfliktów łączy się z uwzględnianiem wielu technik i zasad, pośród których można wskazać szczególnie znaczące. Należą do nich np.: ograniczanie się do takich form komunikatów i ich nasilenia, które partner może przyjąć bez wyraźnej szkody emocjonalnej; wykazywanie aktywnej i rzetelnej postawy wobec problemów, które leżą u podłoża konfliktów; branie odpowiedzialności za swoje myśli, uczucia, zachowanie bez obarczania winą partnera (dziecka); koncentrowanie się na sprawach dotyczących konfliktu obecnego („tu i teraz”) bez nawiązywania do zdarzeń z przeszłości; prawidłowe, rozładowujące napięcie wykorzystywanie humoru, bez odwoływania się do drwin i sarkazmu; uwzględnianie różnic: kulturowych, osobowościowych oraz płciowych i ich możliwego wpływu na zachowanie partnera; utrzymywanie względnej równowagi zachowań pozytywnych i negatywnych; wykazywanie prób rozumienia punktu widzenia partnera (Rostowska, 2001).

Kształtowanie prawidłowej komunikacji w rodzinie (i nie tylko) wiąże się z podjęciem działań ukierunkowanych na zbliżanie się do osiągnięcia transakcyjnego (interpersonalnego) modelu komunikacji. Model ten ma najlepszą potencjalną wartość rozwojową dla komunikujących się zgodnie z nim osób z powodu konieczności uwzględniania istoty omawianej kwestii, co jest możliwe wtedy, gdy komunikujące się osoby są zdolne do skupienia się na sednie omawianej kwestii w warunkach współpracy. Ten rodzaj komunikacji sprzyja tworzeniu się nowej jakości. Jakość komunikacji zależy od dwojga partnerów, ponieważ proces ten zachodzi

zawsze między osobami. Stąd też każda osoba może kontrolować tylko własną część tego procesu (Stewart, 2002). Stewart wyraża to słowami (ibid., s. 55): „Możesz promować i ułatwiać komunikację interpersonalną, zachęcać do niej i pomagać w niej. Możesz także ją utrudniać. Ale ty sam nie jesteś w stanie kontrolować czegoś, co ma naturę transakcyjną lub relacyjną”. W sformułowanej tu opinii kryje się szczególnie cenna przesłanka kształtowania prawidłowej komunikacji w rodzinie. Związana jest ona z uświadamianiem partnerowi możliwości (i potrzeby) ułatwiania komunikacji przez osobę mającą większe umiejętności w tym względzie (częściej przez kobiety). W wielu dobrze funkcjonujących rodzinach właśnie tak się dzieje, np. wtedy, gdy matka tłumaczy witanemu krzykiem (komunikat zawierający gniew, agresję) ojca, późno wracającemu do domu nastolatkowi, że ojciec bardzo martwił się, że ktoś go napadł (komunikat o miłości, trosce, którego ojciec nie potrafi adekwatnie przekazać). W wyniki tego syn inaczej spostrzega zachowanie ojca, co ma znaczący wpływ na ich relacje. W przypadku braku tego wyjaśnienia syn odbiera zachowanie ojca jako akt agresji i jeśli sytuacja się powtarza, pozostaje w przekonaniu, że ojciec go nie kocha. Omawiana tu kwestia ułatwiania partnerowi zachowań komunikacyjnych stanowi mało podejmowany, a ważny, szczególnie w komunikacji rodzinnej, aspekt relacyjnej natury komunikacji, wykraczający poza jasność przekazu w kształtowaniu wysokiej jakości komunikacji.

W opracowaniu ukazano swoistość i znaczenie komunikacji interpersonalnej jako istotnego czynnika decydującego o funkcjonowaniu systemu rodzinnego. Swoistość tego procesu polega na „wtopieniu” wzorców komunikacyjnych w serie stale zachodzących, niezwykle zróżnicowanych interakcji przebiegających najpierw w podsystemie małżeńskim, a w miarę rozwoju tego systemu w kolejnych podsystemach (często jednocześnie). Stała bliskość fizyczna i psychiczna członków rodziny nasila częstotliwość wzajemnych interakcji, sprawiając, że trudno jest je ciągle kontrolować, sprzyja nasileniu przejawów komunikatów niewerbalnych (spontanicznych), których intencjonalność jest bardzo ograniczona lub żadna. Te niewerbalne komunikaty, występujące w sferze gestów, mimiki, są łatwo odczytywane przez członków rodziny ze względu na łączącą ich więź emocjonalną, co czyni komunikację niewerbalną

szczególnym kanałem przekazu w systemie rodzinnym, w odróżnieniu od procesu komunikacji w innych środowiskach.

Przypisy

[1] Rozwojowe aspekty komunikacji w podsystemie dziadkowie–wnuki są omówione w pracy Harwas-Napierała (2008, rozdz. VI).

[2] Dokładna ich charakterystyka zaprezentowana jest m.in. w pracy Harwas-Napierała (2008, rozdz. VII).

Rozdział 3

Narracje rodzinne

Elżbieta Dryll

3.1. Rodzina jako nisza semantyczna
3.2. Geneza treści rodzinnych narracji
    3.2.1. Tradycja
    3.2.2. Przekaz międzypokoleniowy
    3.2.3. Historia życia rodziny nuklearnej
3.3. Dlaczego ważne jest badanie narracji rodzinnych

Każda teoria psychologiczna jest osadzona w ogólniejszym paradygmacie, który określa, kim jest człowiek i w jaki sposób jest on związany z otoczeniem. Psychologia narracyjna zrodziła się w nurcie konstrukcjonizmu społecznego. Przyjmuje się w nim, że świat ludzi jest tworzony oraz stale przebudowywany w procesie komunikacji międzyludzkiej i stanowi zintegrowany system semantyczny – uniwersum symboliczne (Berger, Luckmann, 1983). W ramach tego uniwersum (nazywanego niegdyś „światem ducha") wszystko to, co człowiek może ogarnąć percepcją, a także i to, czego percepcją objąć nie jest w stanie, ma nadane znaczenie wynikające z umiejscowienia określonej informacji w obszarze całego systemu reprezentacji rzeczywistości. Dlatego w konstrukcjonizmie tak wielką wagę przywiązuje się do języka, który jest najdoskonalszym narzędziem symbolizacji, a dociekania lingwistyki i literaturoznawstwa stanowią inspirację dla wielu innych dyscyplin humanistyki.

Pojęcie „narracja" w literaturoznawstwie odnosi się do sposobu prezentowania treści w utworze prozatorskim – sposobu, w jaki opowiada się pewną historię. W psychologii bywa definiowane różnie (por. Dryll, 2004), ale zawsze jest związane z werbalną reprezentacją zdarzeń. Zarówno w lingwistyce, jak i w psychologii najczęściej odróżnia się narrację i myślenie narracyjne od tekstu argumentacyjnego opartego na rozumowaniu paradygmatycznym (logicznym, „chłodnym", abstrakcyjnym). Tryb narracyjny, w przeciwieństwie do paradygmatycznego, opiera się na myśleniu konkretnym i pamięci epizodycznej, nasyconej emocjami i uruchamiającej wyobraźnię. Elementarnymi jednostkami narracji są epizody przedstawiające zdarzenia wraz z ich unikalnym kolorytem i sensem, jaki mają dla opowiadającego. Zdarzenia uporządkowane są w czasie (co było na początku, co się stało, co zmieniło się w wyniku działania), ale historię konstytuuje przede wszystkim przesłanie, które narrator chce przekazać, ponieważ opisywane zdarzenia są przez niego dobierane ze względu na rolę, jaką pełnią w rozwoju wypadków. Zazwyczaj historia opowiadana jest w jakimś celu (nawet, jeśli opowiadamy ją samemu sobie) i zawsze jest „czyjaś". Stanowi osobistą wizję świata. Ukazuje nie tylko fakty, ale i czyjeś ustosunkowanie do nich. Przede wszystkim jednak narracja jest sposobem przekazywania subiektywnego obrazu świata innemu człowiekowi, dzielenia z nim

własnego doświadczenia. Jest tworzeniem wspólnoty i porozumienia w ramach większych lub mniejszych grup społecznych. Daje mówiącym i słuchającym poczucie uczestnictwa.

Narracje mają różny zasięg i różną rangę. Według Ricoeura (1985, 1994) najważniejsze są narracje „wielkie” – teksty wzorcowe. Należą one do kanonu opowiadań powszechnie znanych w danej kulturze, w wielu kulturach sobie współczesnych, lub także w innych, które były lub będą. Niektóre mają charakter sakralny, dzięki czemu zachowują swą niezmienność i ważność przez pokolenia. Są starannie przechowywane, nie ulegają modyfikacji, ani nie są wrażliwe na aktualne trendy intelektualne. Narracja wielka

> ustanawia nowe relacje między dobrem a złem, życiem a śmiercią, działaniem i doświadczaniem, wolnością a fatum. Wątek opowiadania porządkuje wszystkie te elementy w jednym kierunku *mythos*. Spotkanie wydarzeń zgromadzonych w historii organizuje sens. [...]. Czytelnik jest wezwany do spojrzenia na swoje życie w świetle wielkich opowiadań stanowiących jego kulturę (Ricoeur, 1994, s. 33 i 34).

Wielkie kulturotwórcze narracje nie mają jednego autora. Mity i baśnie stanowią ustny przekaz mądrościowy społeczności. O tekstach sakralnych mówi się, że pochodzą z objawienia. Narracje wielkie dotyczą najważniejszych problemów egzystencjalnych i proponują rozwiązania zgodne z wartościami (por. Jung, 1976; Bettelheim, 1996). Ponieważ dotyczą wszystkich i są powszechnie znane, łączą ludzi w jedno wspólne „społeczeństwo umysłów” (Astington, 1990).

Obok tekstów wielkich w kulturze funkcjonują opowieści, które można by nazwać narracjami średniego zasięgu. Są to opowiadania istotne, ale nie ponadczasowe: dzieła literackie o różnej wartości artystycznej i sile oddziaływania, filmy, teksty prasowe i wszelka „produkcja werbalna”, której rodzajów nie sposób wymienić. Współczesny człowiek, w zależności od tego, w jakich kręgach społecznych żyje i czego sam poszukuje, styka się z niewielką cząstką narracji „średniego zasięgu” i tylko ją przyswaja. Wszystkich wprawdzie obowiązuje kanon wybranych lektur szkolnych, ale o popularności innych pozycji decyduje podaż, moda i osobiste preferencje. Narracje średniego zasięgu dotyczą aktualnych problemów nurtujących

życie społeczne. W tym zawierają się także tematy rodzinne – miłości, małżeństwa, rodzicielstwa, wychowania. Pozostają one pod wpływem dominujących trendów intelektualnych swoich czasów, mając na uwadze, co w danej dziedzinie jest „politycznie poprawne”. Zawsze jest jakiś nurt nowy i nurt konserwatywny. To, co nowe, chętniej akceptują osoby bliższe ośrodkom opiniotwórczym (por. Palacios, Gonzáles, Moreno, 1992; Kağitçibaşi, 1996). To one propagują swoje poglądy, a te, przenikając w obszar kultury masowej, kształtują wiedzę potoczną – przekonania i gusty szerszych kręgów społeczeństwa. Mieszają się przy tym z już istniejącymi przekonaniami, ulegają modyfikacji, a nierzadko poważnym zniekształceniom.

Narracje „małe” to opowieści codzienne, które słyszy i tworzy każdy człowiek. Nieustannie spotykamy się z ludźmi i codziennie prowadzimy z nimi rozmowy. Opowiadamy siebie, słuchamy, jak inni siebie opowiadają. W trwałych układach relacji międzyludzkich (np. w rodzinie) dzięki takim rozmowom tworzy się płaszczyzna wiedzy wspólnej na temat rodziny jako takiej, każdego z jej członków i całego wspólnego świata życia. Uzgadniana jest w niej wizja zjawisk społecznych, która wpływa na indywidualne sposoby ich spostrzegania i interpretowania. W rodzinnej narracji zawiera się m.in. filozofia życia – system wartości, którymi należy się kierować, oceniając postępowanie innych i własne zachowanie. Ta prywatna, rodzinna aksjologia jest uwikłana w treść przekonań o charakterze ontologicznym – od nich w ogromnej mierze zależy i w nich poszukuje swoich uzasadnień. Stanowi rdzeń narracji małej grupy. Jest najbardziej funkcjonalną częścią całego systemu, ponieważ musi być codziennie konfrontowana z problemami i decyzjami, jakie się podejmuje.

3.1. Rodzina jako nisza semantyczna

Pojęcie „nisza” pochodzi z psychologii ekologicznej opartej na teorii systemów i odnosi się do najbliższego otoczenia, w jakim funkcjonuje jednostka. Z powodzeniem pojęcie to można zastosować do opisu rodziny. Klasycy (Barker, 1968; Magnusson, 1976), definiując niszę ekologiczną, zwracają uwagę na trzy aspekty środowiska życia człowieka: jego wymiar

fizyczny, biologiczny i społeczny. Wydaje się jednak konieczne zwrócenie uwagi na jeszcze jeden aspekt opisu, którego nie można sprowadzać do wymiaru społecznego. Jest nim warstwa wspólnych znaczeń, jakie wytwarza grupa ludzi (w tym przypadku rodzina) – jej unikalna semantyka, „wspólny język". Subtelne odcienie rodzinnej semantyki stanową o jej tożsamości. Wyrażają podzielane przez wszystkich ustosunkowanie do tego, co kultura otaczająca system oferuje jako opcjonalne.

Na aspekt semantyczny charakteryzujący rodzinę pierwsi zwrócili uwagę antropolodzy (Halbwachs, 1969), posługując się pojęciem „rodzinnej pamięci". Następnie, pod wpływem inspirującej pracy Bergera i Luckmanna (1983) *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, powstaje koncepcja „rodzinnego konstruowania rzeczywistości" (Reiss, 1981). Zaczęły się w niej rysować dwie płaszczyzny opisu treści semantycznych, które w rodzinie są generowane, przechowywane i stale aktualizowane: rytuał (obyczajowość) i narracja. Badania nad rytuałami, niezwykle trudne metodologicznie, są kontynuowane w węższym zakresie (przegląd w: Fiese i in., 2002; Ćwiek, 1998; Zagórska, Lipska, 2013), natomiast zainteresowanie rodzinnymi narracjami stale wzrasta (Samerof, Fiese, 1992; Fivush, Bohanek, Duke, 2008; Bohanek, Fivush, Walker, 2005; Habermas, Bluck, 2000; Habermas, Ehlert-Lerche, Silveira, 2009; Linde, 1993; Dryll, Cierpka, 1996; Cierpka, 2000; Chądzyńska, Dryll, 2004a, 2004b; Chądzyńska, 2011). Oba kierunki tych poszukiwań dotyczą w gruncie rzeczy różnych sposobów przejawiania się tej samej jakości, jaką jest unikalny rodzinny system znaczeń. Rytuał i narrację łączy to, że wyrażają treści istotne dla grupy i mają charakter symboliczny (por. Leach, Greimas, 1989). Rytuał pozostaje żywy wtedy, gdy odnosi się do spraw istotnych, ale na ogół obyczajowości nie poddaje się refleksji. W narracji natomiast treści semantyczne są wyrażane werbalnie i komunikowane jako opowieści. Dzięki temu mogą być uświadamiane i stają się wiedzą wspólną, oczywistą. Narracje sankcjonują to, co jest aktualizowane w codziennym i niecodziennym rytuale. Określają specyfikę rodziny, tworzą i potwierdzają jej unikalność oraz wspólnotę.

W polskiej psychologii, w badaniach nad semantycznym aspektem funkcjonowania systemu rodzinnego używany jest termin „etos". W znaczeniu słownikowym (Kopaliński, 1990; *The Oxford English Dictionary*, 1961) pojęcie to odnosi się do ducha lub klimatu grupy, jest

definiowane jako system wartości i zasad regulujący stosunki międzyludzkie, a jego grecki źródłosłów oznacza mieszkanie, ojczyznę. Owe „wartości i zasady” regulujące życie rodzinne rzadko są artykułowane w postaci deklaratywnych twierdzeń. Jest to system przekonań silnie nacechowany emocjonalnie, pozostający na poziomie wiedzy oczywistej niepodawanej w wątpliwość (może zostać uświadomiony wtórnie). Wartości ujawniają się w strukturalnych właściwościach systemu rodzinnego, w obyczajach, w sposobach komentowania zdarzeń i ich utrwalania w opowieściach. Przejawiają się w codziennych wyborach i uzasadnieniach podejmowanych decyzji. Można je odczytać w rodzinnych anegdotach i zapisie historii (nierzadko obejmującej kilka pokoleń), a także w rozmaitych zniekształceniach pamięci autobiograficznej poszczególnych osób. Keeney i Sprenkle (1982) zwracają uwagę, że w „rodzinnej epistemologii” ważniejsze nawet, niż poszczególne treści przekonań, są procedury, dzięki którym treści te są współ-konstruowane. Proces tworzenia wspólnoty znaczeń (nazywany mediacją semiotyczną) opiera się na komunikacji. Zwraca to uwagę na językowy charakter etosu. Jest on kreowany przez uczestników dialogów rodzinnych, ale również, zwrotnie, kreuje sposoby rozumienia rzeczywistości każdego z nich.

Istnienie unikalnego systemu wspólnych przekonań, wartości i procedur doprowadzających do ich upodabniania się zostało potwierdzone empirycznie. Pierwsze zrealizowane na ten temat badanie (Chądzyńska, 1997) polegało na zebraniu swobodnych i częściowo kierowanych wywiadów narracyjnych od wszystkich członków 24 rodzin (pełnych, trzy- lub czteroosobowych, z dziećmi powyżej 7 r.ż.), w poszukiwaniu podobieństwa opowieści tworzonych przez te osoby. Zastosowano dwa sposoby weryfikacji sformułowanej hipotezy. Pierwszy wymagał współpracy sędziów kompetentnych. Otrzymali oni osobno narracje ojców, matek, synów i córek, z których usunięte zostały wszystkie bezpośrednie wskazówki przynależności do danej rodziny (imiona, daty, nazwy miejsc itd.). Zadanie sędziów polegało na dopasowaniu do siebie tekstów, których autorami byli poszczególni członkowie każdej z rodzin. Wyniki świadczą o tym, że narracje wszystkich członków rodziny charakteryzują się wspólnymi cechami, które są możliwe do uchwycenia już „na wyczucie”.

Drugi sposób orzekania o wewnętrznym rodzinnym podobieństwie tekstów narracyjnych opierał się na drobiazgowej analizie semantycznej

(por. Dryll, 2013). Wszystkie wskaźniki liczbowe uzyskane w wyniku jej przeprowadzenia poddane zostały restryktywnej metodzie wnioskowania statystycznego. Wyniki tych analiz (Chądzyńska, Dryll 2004a, 2004b) również wskazują na trafność sformułowanej hipotezy. Narracje ojców, matek i dzieci z tej samej rodziny prezentują te same wydarzenia, które są komentowane w ten sam sposób. Taki sam jest w nich ton emocjonalny, z którego wynika ogólne ustosunkowanie do życia rodzinnego. Osoby opisywane są w analogicznych kategoriach spostrzegania społecznego i tak samo są oceniane. Język charakteryzuje się ogromnym podobieństwem, co dotyczy przede wszystkim sposobów opisywania aktywności. Orzeczenia najczęściej używane w narracjach należą do tych samych kategorii semantycznych (akcji, stanu, epistemiczne, agentywne, petentywne). Użycie operatorów modalnych wskazuje na taki sam sposób spostrzegania przyczynowości działań (wzorce motywacyjne: dążenie–unikanie, zewnętrzne–wewnętrzne umiejscowienie kontroli, formy związane z odpowiedzialnością za działanie, formy związane z refleksyjnością).

Do ważniejszych wniosków z tego badania należy stwierdzenie największych zbieżności w narracjach małżonków. Wynik ten wskazuje na genezę wspólnoty semantycznej. Małżonkowie nie są spokrewnieni, dlatego nie można jej tłumaczyć wpływem genotypu. Są za to ze sobą najdłużej i to oni, zakładając rodzinę, stworzyli podstawy podobieństwa. Uzgadniając treści etosowe własnych rodzin pochodzenia, tworzyli wynegocjowany system wspólnych przekonań. Dzieci wrastały w zastany świat rodzinnej semantyki, stopniowo przyswajając jej treści i procedury.

Taką interpretację potwierdzają również drugie obszerne badania tej samej autorki (Chądzyńska, 2011). Porównywano w nich rodziny różniące się składem (dzietnością) i będące na różnych etapach rozwoju: małżeństwa pierwotnego, rodziny z dziećmi w młodszym wieku szkolnym, rodziny z adolescentami i małżeństwa w fazie „pustego gniazda”. Przedmiotem szczególnego zainteresowania były tutaj wzorce aktywności. Definicje wskaźników i sposób ich wydobywania z tekstu różniły się w niektórych szczegółach, model weryfikacji pozostał taki sam. Oczekiwano, że w rodzinach wielodzietnych wspólnota znaczeń będzie wyraźniejsza, co zostało potwierdzone. Oczekiwano również, że z biegiem lat podobieństwo będzie wzrastać. Okazało się, że tak rzeczywiście jest, z wyjątkiem ostatniej fazy – małżonkowie, którzy pozostają sami po odejściu dzieci, zaczynają

znowu mówić „własnymi głosami”. To obecność dzieci skłaniała ich do mówienia „jednym głosem”. Im dłużej to trwa, tym wyraźniejszy jest efekt. Zwłaszcza, gdy dzieci jest więcej niż jedno i wraz z rozwojem każdego z nich, trzeba pewne treści wielokrotnie przetwarzać i utrwalać, więcej osób dyskutuje rodzinne zdarzenia, a ich punkty widzenia wymagają uzgodnienia.

Małżeństwo pierwotne buduje wspólnotę. Rodziny z dziećmi w młodszym wieku szkolnym, a zwłaszcza małżonkowie, są już bardzo podobni. Ale najwyraźniej widać wspólnotę znaczeń w rodzinach z dziećmi w okresie późniejszego dorastania. Mogłoby się wydawać, że ten wynik stoi w sprzeczności z rejestrem zadań rozwojowych adolescentów (separacja). Ale, jak widać, separacja nie dotyczy poziomu wiedzy oczywistej, która na całe życie stanowi dla człowieka podstawowy „bagaż wyniesiony z domu” – prototypową reprezentację własnej osoby w kontekście relacji międzyludzkich i ogólnego wizerunku świata życia.

3.2. Geneza treści rodzinnych narracji

Można wyodrębnić kilka czynników współokreślających zawartość treściową rodzinnych narracji. Niektóre z nich są bezpośrednio związane z historią dwojga osób i ich dzieci, inne sięgają historii przeszłych pokoleń, jeszcze inne należałoby wiązać z umiejscowieniem rodziny w obszarze tradycji, z jaką chce się ona identyfikować.

3.2.1. Tradycja

Pojęciem „tradycja” określa się wszelką spuściznę, którą ustępujące generacje przekazują pokoleniom wchodzącym (Dobrowolski, 1998, s. 374, za: Jacyno, 2004). Są to zarówno wytwory materialne (różne przedmioty), czy tekstowe (historie rodzinne, anegdoty, powiedzonka, piosenki), jak i sposoby życia. Sposoby życia wyrażają się we wzorach realizacji zadań codziennych, związanych z funkcjonowaniem domu (zakupy, sprzątanie, posiłki, odrabianie lekcji z dziećmi, spędzanie wieczoru czy niedzieli) i niecodziennych (święta, momenty przełomowe, wypadki losowe). Bardzo

ważnym aspektem tradycji są także wzory interakcji międzyludzkich, ponieważ zawierają reguły komunikowania się poszczególnych osób – kto z kim, o czym i w jaki sposób rozmawia, jak się uzgadnia wspólne plany, kto i jak czuwa nad ich realizacją, jaki przebieg mają konflikty, jak się je rozwiązuje, jak się traktuje gości itp. Sposoby życia uważane są za oczywiste (tak „się robi”), naturalne, ponieważ tak samo postępują inni (rodzice, krewni, sąsiedzi). W sposobach życia zawiera się wartościowanie. Dlatego można uznać, że istotą przekazu rodzinnej tradycji jest transmisja ustosunkowania wartościującego do tego wszystkiego, co stanowi wspólny świat życia ludzi.

Ze światowych badań o charakterze międzykulturowym wynika, że podstawowym źródłem zróżnicowania wartości rodzinnych jest tradycja etniczna (Rosenthal, Bornholt, 1988; Feldmann, Quatman, 1988; Feldmann, Wood 1994; Harkness, Super, 1992, 1996; Super, Harkness, 1996; Georgas i in., 1996; Chao, 1996; Shwalb, Shwalb, Shoji, 1996; LeVine i in., 1996; Levy, 1996; Georgas, 1999; Georgas i in., 2001; Parmar, Harkness, Super, 2004; Worthman, 2010; Raghavan, Harkness, Super, 2010). Do istotnych, ale słabiej udokumentowanych czynników konstytuujących tradycję należy też poziom wykształcenia, zwłaszcza gdy ludzie o podobnym statusie pozostają w bezpośrednim kontakcie – mieszkają w pobliżu i wykonują podobną pracę (np. społeczności wiejskie lub społeczności wielkich metropolii). Tworzą oni lokalne nisze charakteryzujące się podobieństwem przekonań i sposobów życia (Palacios, Gonzáles, Moreno, 1992; Palacios, Moreno, 1996; Palacios, Oliva, 1999; Nilnholm, Salio, 1996; Wyczółkowska, 1997). Ale w Polsce pojawia się również czynnik, który rzadko staje się przedmiotem badań w krajach zachodnich. Jest nim afiliacja religijna, która stanowi istotny element tradycji, ponieważ uczestnictwo w praktykach religijnych odbywa się nie tylko w obszarze społeczności lokalnej, ale i w ramach obyczajowości rodzinnej.

Spośród wymienionych czynników, w naszym społeczeństwie najbardziej różnicujący okazuje się poziom wykształcenia członków rodziny, zwłaszcza gdy jest on uznawany za ważny wymiar tożsamości i charakteryzuje rodzinę od wielu pokoleń. Dowodzą tego badania (Krogulska, 2001; Harowicz, 2003; Sieczkowska-Gawron, 2005; Garczewska, 2002; Kozdrój-Marcinkowska, 2008; Zelman, 2001) przeprowadzone z udziałem rodzin różniących się etnicznością, religią

i poziomem wykształcenia. Byli to: Polacy katolicy z wykształceniem wyższym (w co najmniej dwóch pokoleniach dorosłych członków rodziny) mieszkający w Warszawie, Żydzi z Warszawy i Krakowa z wyższym wykształceniem, Polacy katolicy z wykształceniem co najwyżej zawodowym z małej wsi pod Kielcami, Niemcy z okolic Olsztyna z niskim poziomem wykształcenia i świadkowie Jehowy z niskim wykształceniem z Warszawy. W badaniach tych zastosowano analizy swobodnych narracji na temat życia rodzinnego, techniki projekcyjne i kwestionariusze. Diagnozowano: ogólne ustosunkowanie do domu rodzinnego (czym on jest dla osób badanych), względną ważność poszczególnych dziedzin codziennej aktywności (praca/nauka, prowadzenie domu, życie towarzyskie, odpoczynek/rozrywki), ważność i zadania typowych ról (matki, ojca, dziecka), modelowy skład rodziny, jej granice, spójność i poziom więzi, jak również wartości aktywne w procesie wychowywania dzieci (na co w ich rozwoju zwraca się szczególną uwagę).

Wyniki analiz zebranego materiału wskazują, że dla osób z niskim poziomem wykształcenia (zarówno Polaków, jak i Niemców oraz świadków Jehowy) „dom” to przede wszystkim środowisko materialne – dorobek życia, cenne przedmioty, jakie się w nim znajdują. Dla osób z wyższym wykształceniem (Polaków i Żydów) „dom” to atmosfera tworzona przez lata, pamiątki i przedmioty stanowiące o jego niepowtarzalnym klimacie.

W zakresie wagi przywiązywanej do różnych dziedzin codziennych aktywności, we wszystkich grupach, z wyjątkiem świadków Jehowy (dla których najważniejsza jest ich misja), pierwszoplanową pozycję zajmuje praca zawodowa, a dotyczy to szczególnie rodzin należących do mniejszości niemieckiej. Ale w zależności od poziomu wykształcenia, inaczej pozycjonowane są inne dziedziny. W rodzinach z wyższym wykształceniem profil preferencji różnych sfer codzienności jest bardziej zharmonizowany – nie deprecjonuje się życia towarzyskiego ani rozrywek, nie mówiąc o zadaniach związanych z prowadzeniem domu (te ostatnie nieco ważniejsze są dla Polaków niż dla Żydów).

Pod względem znaczenia, jakie nadaje się rolom rodzinnym, i zadań każdej z ról, w obu katolickich grupach etnicznie polskich można zauważyć wysoką pozycję kobiet. Wokół nich koncentruje się rodzinna opowieść, od nich (ich cech, poglądów) najwięcej zależy. Dominacja kobiet i respekt, jakim są darzone, mogą wynikać z etosu matki Polki, który odnosi się do

obu tych grup. Jednakże wśród polskich rodzin z wyższym wykształceniem pozycja mężczyzny jest dość wysoka, czego nie można powiedzieć o rodzinach osób z niskim wykształceniem. Te ostatnie są znacznie bardziej „matriarchalne", a relacją podstawową, w jaką zaangażowana jest kobieta, okazuje się relacja rodzicielska, a nie małżeńska, co pozostawia mężczyznę niejako na obrzeżach życia rodzinnego. Kobiety w tych rodzinach często nie pracują zawodowo poza domem. Do ich zadań należy organizacja całego gospodarstwa, opieka nad dziećmi i osobami starszymi, a podstawowym środowiskiem odniesienia jest rodzina poszerzona i sąsiedzi. Do zadań mężczyzn należy tu wprawdzie zapewnianie bytu materialnego, ale zasobami finansowymi zarządzają kobiety. One również podejmują ważniejsze decyzje. W rodzinach osób z wyższym wykształceniem bywa nieco inaczej. Tu częściej także kobiety pracują zawodowo, a obowiązki związane z prowadzeniem domu oraz obowiązki rodzicielskie są dzielone między małżonków. Ich życie towarzyskie nie ogranicza się do krewnych i sąsiadów, a toczy się przede wszystkim w gronie środowisk zawodowych. Konsekwencją takiej organizacji zadań rodzinnych jest segmentacja tradycyjnie pojmowanych ról, z czym wiąże się bardziej zrównoważona dystrybucja władzy.

W porównaniu z rodzinami Polaków katolików, rodziny pochodzenia niemieckiego (z niskim wykształceniem) są zdecydowanie „patriarchalne" – mężczyzna i jego sprawy pozostają w centrum rodzinnych narracji. Jest to spójne zarówno z silną w tej grupie preferencją pracy, jak i z ogromnym przywiązaniem do dorobku życia, wyrażającego się we wszelkich posiadanych dobrach, szczególnie tych materialnych. W rodzinach żydowskich bardzo ważne są dzieci. Dużo się tu mówi o ich wychowaniu i wykształceniu, zwłaszcza w kontekście tradycji religijno-etnicznej. W narracjach świadków Jehowy o dzieciach mówi się mało, natomiast dużo o „my" – parze małżeńskiej, która jest przeciwstawiana „światu" (do „świata" zaliczają się wszyscy ludzie spoza ugrupowania, w tym także członkowie własnych rodzin pochodzenia).

Pod względem struktury polskie rodziny katolickie różniące się poziomem wykształcenia charakteryzują się odmienną percepcją składu, granicami i spójnością. W percepcji osób badanych z niskim wykształceniem w skład modelowej rodziny wchodzą tylko małżonkowie i ich dzieci, natomiast osoby z wyższym wykształceniem zaliczają do niej

także dziadków i babcie. Ale zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie polskiej, związki rodziny nuklearnej z rodzinami pochodzenia są silne i wielopłaszczyznowe. Zawsze wyrażają się w pomocy bytowej udzielanej młodym „na starcie” – u osób z niskim wykształceniem jest to wspólne zamieszkiwanie w jednym gospodarstwie domowym, u osób z wyższym wykształceniem raczej wsparcie finansowe. W obu tych grupach także starsze pokolenie uczestniczy w wychowywaniu dzieci i utrzymuje z rodziną nuklearną bliskie kontakty, wspólnie obchodząc święta i uroczystości. Modelowe rodziny żydowskie są najliczniejsze pod względem składu. Ich jądro stanowią matki i dzieci, ponieważ ojcowie tych dzieci często nie należą już do rodziny nuklearnej (rozwody są traktowane naturalnie), ale ich miejsce zajmują liczni krewni, a nawet bliscy przyjaciele. Do rodzin niemieckich ich członkowie zaliczają niektórych przedstawicieli starszego pokolenia (szczególnie mężczyzn), natomiast świadkowie Jehowy zdecydowanie odcinają się od wszystkich krewnych, nawet bliskich – rodziców, rodzeństwa, zwłaszcza gdy są oni innego wyznania (a tak się najczęściej zdarza).

Osoby z wyższym wykształceniem (Polacy i Żydzi) preferują granice zamknięte; słabiej wykształceni (Polacy, Niemcy i świadkowie Jehowy) w większym stopniu akceptują granice otwarte. Ale spójność rodzin o niskim poziomie wykształcenia jest większa, natomiast członkowie rodzin z wyższym wykształceniem bardziej cenią autonomię każdej z osób. Deklarowany poziom więzi rodzinnej jest wysoki i podobny we wszystkich grupach, spośród których wyróżnia się tylko grupa świadków Jehowy, deklarująca więź bardzo silną (maksymalne wartości skali).

Rodziny osób z wyższym i niższym wykształceniem różnią się pod względem wartości aktywnych w toku procesu wychowawczego. Rozwój dzieci w wielu dziedzinach (fizyczny, intelektualny, społeczny, artystyczny i duchowy) jest bardzo ważny dla Polaków z wyższym wykształceniem i dla Żydów. W obu tych grupach dużo się mówi o postępach szkolnych i innych osiągnięciach dzieci, o ich zainteresowaniach i dodatkowych zajęciach. Przywiązuje się ogromną wagę do czytelnictwa. Zwraca się także baczną uwagę na harmonijny rozwój w różnych zakresach. W rodzinach z niskim wykształceniem „ciśnienie na rozwój” jest znacznie mniejsze. Najważniejsze, aby dzieci nie miały problemów w szkole, ponieważ musiałoby to dodatkowo angażować aktywność rodziców. Uderzający jest

w tych grupach brak zainteresowania książkami. W rodzinach niemieckich jako dziedzina szczególnej troski wyróżnia się nieco tężyzna fizyczna, a w rodzinach świadków Jehowy kompetencje społeczne dzieci.

Jak widać, tradycja poziomu wykształcenia jest w Polsce najistotniejszym źródłem wartości regulujących życie rodzinne. Etniczność ma wpływ na pozycjonowanie ról (kto jest najważniejszy: kobieta, mężczyzna czy dzieci). Afiliacja religijna pozostaje w związku z poziomem więzi i spójnością pary małżeńskiej. Tradycja poziomu wykształcenia przesądza o ogólnym wartościowaniu życia rodzinnego (czym jest „dom"), o tym, jakie dziedziny codziennej aktywności są priorytetowe, kogo do rodziny należy zaliczyć i jakie są jej granice, a przede wszystkim o tym, w jakim stopniu rodzina ma się koncentrować na sprawach związanych z wychowaniem dzieci, jak je wychowywać, na co zwracać baczną uwagę. Przy porównywaniu rodzin z wyższym i niższym wykształceniem (niezależnie od innych źródeł tradycji) uderzające jest przywiązywanie dużej lub niewielkiej wagi do intelektualnej i duchowej spuścizny przeszłych pokoleń. Wyraża się to w ustosunkowaniu do edukacji, książek, wielostronnego rozwoju dzieci, w pielęgnowaniu klimatu domu i w podtrzymywaniu silnych więzi ze starszymi członkami rodziny.

3.2.2. Przekaz międzypokoleniowy

Wartości wyrażające się w organizacji życia rodzinnego i w opowieści o tym życiu, są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Zarówno wiedza o własnej rodzinie, jej historii i osobach, które ją tworzą, jak i o samym sobie, w ogromnej mierze pochodzi „z drugiej ręki". Dziecku opowiada się o tym, jakie było w okresie, którego nie może pamiętać i o jeszcze wcześniejszych czasach: jak poznali się rodzice, jak przychodziły na świat starsze dzieci, jak wyglądało dzieciństwo samych rodziców, a nawet dziadków, co ważnego wydarzyło się w historii tych osób, jak wówczas wyglądał świat. Nie cała wiedza autobiograficzna człowieka pochodzi z bezpośredniego doświadczenia. Dotyczy to przede wszystkim „korzeni" i początków własnego życia, bo jeżeli nawet pamięta się niektóre sceny z wczesnego dzieciństwa, ich zapis jest uzupełniany, a nierzadko modyfikowany przez interpretacje zawarte we wspomnieniach innych osób (Jagodzińska, 2008). Odnosi się to w równym stopniu do wszelkich innych

wspomnień, a nawet aktualnie przeżywanych doświadczeń. Werbalizacja modyfikuje ich treść. A tym bardziej dialog społeczny. Opowiadając („A pamiętacie, jak było w zeszłym roku nad morzem?”), wybiera się fakty i podporządkowuje się je schematowi narracyjnemu, który jest akceptowany w środowisku, w którym zachodzi komunikacja. W ten sposób nieustająco dokonuje się potwierdzanie treści etosowych oraz utrwalanie wizerunków poszczególnych osób.

Robyn Fivush, Jennifer Bohanek i Marshall Duke (2008) opisują zjawisko tworzenia się wiedzy autobiograficznej na podstawie przekazu rodzinnego, używając pojęcia *intergenerational self* (międzygeneracyjnego Ja). Wiedza pochodząca z tego przekazu stanowi ważną część struktury Ja – jej rdzeń. Pojęcie „międzygeneracyjnego Ja” można odnieść do proponowanego tutaj pojęcia „etos”. O ile jednak termin „etos” definiuje treści semantyczne środowiska rodzinnego jako struktury ponad-indywidualnej, o tyle „międzygeneracyjne Ja” akcentuje efekt przebywania jednostki w tym środowisku. Badania związane z pojęciem *intergenerational self* pokazują, że tożsamość indywidualna pozostaje pod wpływem narracji rodzinnych, zawiera treści uznane za własne i funkcjonujące jako regulatory życia psychicznego. Treści te, nabywane w rodzinach pochodzenia, w określony sposób kształtują osobę, która z kolei przekazuje je własnym dzieciom i wnukom.

O wpływie przekazu międzypokoleniowego na funkcjonowanie psychiczne jednostki mówią także inne badania (por. Mudyń, 2013). „Dziedziczy” się wiele: jakość relacji małżeńskiej (Kałużna-Wielobób, Wielobób, 2013), skłonność do zachowań ryzykownych (Bajcar, 2013) i przemocy domowej (Kubacka-Jasiecka, 2013), wykonywany zawód (Piasecka, 2013), zaangażowanie artystyczne (Kaleńska-Rodzaj, 2013) i inne wartości (o przekazie międzypokoleniowym patrz też rozdz. 8, cz. I).

Jedno z badań, pokazujące w jak znamienny sposób doświadczenia wcześniejszych pokoleń wpływają na życie potomków, dotyczy tematu miłości (Dryll, 2013). Przedmiotem analizy był w tych badaniach prototypowy schemat opowieści o losach dwojga zakochanych. Treści zawarte w takim schemacie (wydarzenia tworzące historię, jej okoliczności, bohaterowie oraz ich odczucia) pełnią ważne funkcje regulacyjne, stanowią bowiem narracyjny wzorzec poznawczy, który kontroluje zarówno percepcję, interpretację i wartościowanie, jak i zachowanie podmiotu.

Wzorzec *love story* pozwala definiować relację („Czy to miłość?”), interpretować postępowanie partnera („Jest zazdrosny – znaczy kocha”), oceniać („Czy to jest w porządku, umówić się z chłopakiem przyjaciółki?”), podaje także scenariusze, jakie „powinno się” realizować, kiedy się jest zakochanym („Co chłopak daje swojej dziewczynie na walentynki?”, jak mają przebiegać zaręczyny, ślub, zerwanie, pierwsza randka itp.).

Badanie to składało się z trzech niezależnych studiów. W pierwszym wzięły udział nastolatki (13-, 15- i 17-letnie), w drugim kobiety w okresie wczesnej, średniej i później dorosłości, a w trzecim triady córka–matka–babcia (matka matki). We wszystkich trzech ujawnił się ten sam efekt. Kobiety, których rodzice rozwiedli się, mają inny wzorzec historii o miłości niż kobiety pochodzące z rodzin pełnych. Jest w nim więcej trudności, przeszkód, a historia kończy się nieszczęśliwie (jeżeli w ogóle rozwinie się w pełni). W opowieściach dorosłych kobiet z rozbitych rodzin często pojawia się również motyw kłamstwa, zdrady i rywalizacji z inną kobietą. Córki pochodzące z rozbitych małżeństw, których ojcowie po rozstaniu założyli nową rodzinę i mają w niej następne dzieci, są szczególnie wyczulone na niepowodzenie w miłości. Ich wzorzec poznawczy obfituje w nieszczęśliwe wydarzenia (zdrada, nielojalność, nieszczęśliwe zakończenie rywalizacji bohatera opowieści z kimś, kto chce zająć jego miejsce) i rzadko kończy się tradycyjnym „żyli długo i szczęśliwie”.

Najważniejszym wynikiem tych badań z punktu widzenia roli przekazu międzypokoleniowego jest stwierdzenie, że niepowodzenie miłości rodziców odciska się na prototypowym wizerunku tej relacji znacznie bardziej niż własne niepowodzenie. Dojrzałe i starsze kobiety, które same przeżyły rozwód, ale pochodzą z rodzin pełnych, wciąż zachowują optymistyczny prototyp historii o miłości. Te natomiast, które pozostają w związku ocenianym jako szczęśliwy, ale w przekazie rodzinnym otrzymały wzorzec porażki, są nadal uwrażliwione na możliwe zagrożenia, trudności i nieszczęścia, jakie mogą się zdarzyć.

We współczesnej kulturze istnieje nieskończona podaż bardzo różnych historii o miłości. Odnoszą się do niej utwory literackie i inne dzieła sztuki, popularne filmy, piosenki, codzienne opowiadania i plotki. Dlaczego niektóre osoby absorbują szczęśliwe wzorce, a inne przyswajają te nieszczęśliwe? Pewnie dlatego, że schemat *love story* tworzy się między 13 a 17 r.ż., czyli w okresie, kiedy dziewczyna zaczyna się bardzo interesować

miłością, ale ma jeszcze niewiele własnych doświadczeń i pozostaje pod silnym wpływem przekazu rodzinnego (ibid.). O tym, które z dostępnych schematów zostaną wybrane jako budulec prototypu, przesądza narracja „mała" – taka, jaką można usłyszeć od własnej matki czy babki – historia najbliższa, a zatem najbardziej „prawdziwa".

Przekaz treści etosowych dotyczących życia rodzinnego dokonuje się zarówno „po mieczu", jak i „po kądzieli". Pokazują to inne badania (Dryll, 2003b), które były częścią opisywanego wcześniej projektu poświęconego tradycjom. Porównywano w nich treści etosu rodziny nuklearnej i rodzin pochodzenia obojga małżonków. Wyniki pokazują, że społeczne dziedziczenie wartości rodziny pochodzenia męża odnosi się do zadań związanych z tradycyjnie rozumianą rolą męską, a wartości rodziny pochodzenia żony – do zadań „kobiecych".

W rodzinach nuklearnych mężowie traktują „dom" tak samo jak ich rodzice. Podkreślają jego wartość albo jako środowiska psychologicznego (przywiązując wagę do klimatu, atmosfery, rodzinnych pamiątek i tworzącej się wraz z historią życia tożsamości właśnie tej grupy osób), albo skupiają się na dobrach materialnych. Tak samo jak rodzice traktują też różne sfery rozwoju swoich własnych dzieci. Zgodnie z rolą (Winnicot, 1992; Cierpka, 2006) to właśnie oni – ojcowie, są odpowiedzialni za priorytety w zakresie wartości aktywnych w toku procesu wychowawczego. Skoro tak, kierują się w preferencjach własnym systemem przekonań, jaki nabyli, kiedy byli wychowywani przez swoich rodziców. Matki natomiast dziedziczą po swoich matkach to wszystko, co dotyczy „obsługi codzienności" – przekonania o tym, jakie zadania rodzinne są godne najwyższego starania i czyje sprawy należy przede wszystkim mieć na uwadze. Kobiety poświęcają na nie swój czas, wysiłek i podejmują decyzje, kierując się wzorami, jakie otrzymały we własnych rodzinach pochodzenia. Co ciekawe, taka dystrybucja odpowiedzialności odnosi się nie tylko do rodzin, w których obowiązuje bardziej tradycyjny podział zadań. Także i te, w których typowe role uległy segmentacji, zachowują wzór dziedziczenia społecznego. Wskazuje to, że mimo elastycznego podziału obowiązków domowych, odpowiedzialność za pewne zakresy funkcjonowania rodziny pozostaje tradycyjna. We współczesnych polskich rodzinach, niezależnie od ich umiejscowienia w strukturze społecznej czy kręgu tradycji, mężczyzna w większym stopniu niż kobieta dziedziczy system wartości swojej rodziny

pochodzenia i wprowadza go w życie w swojej rodzinie nuklearnej, kobieta zaś realizuje zadania codzienne według wzorów, jakich dostarcza jej własne doświadczenie z czasów, kiedy była dzieckiem.

3.2.3. Historia życia rodziny nuklearnej

Trzecim źródłem treści rodzinnych narracji jest historia życia małżonków i ich dzieci. Z biegiem wspólnie przeżytych lat przybywa wydarzeń, przybywa opowieści, historia jest stale wzbogacana, ale także stale ulega rozmaitym modyfikacjom. Jak wskazują badania koncentrujące się na przemianach narracji autobiograficznych (Pillemer, 1998; Budziszewska, Dryll, 2013), historia życia nie jest prostym zapisem faktów. Niezależnie od tego, czy opowiadamy ją komuś innemu czy samemu sobie, i niezależnie od celu, jakiemu ma służyć, aktualna sytuacja psychologiczna narratora wpływa na zawartość treściową opowieści przedstawiającej przeszłe wydarzenia. Rekonstruowanie historii rodziny może być związane z naturalnymi etapami jej rozwoju i wyzwaniami, jakie przynoszą kolejne fazy.

Typowe życie rodzinne składa się z okresów charakteryzowanych przede wszystkim przez zmiany strukturalne (Duvall, Miller, 1985). Są to: małżeństwo pierwotne (bez dzieci), rodzina z małymi dziećmi, rodzina z dorastającymi dziećmi, faza postrodzicielska („pustego gniazda") i wdowieństwo. Każdej zmianie struktury towarzyszy kryzys, ponieważ na kolejnych etapach pojawiają się kolejne zadania (znikają inne). Niektóre zmiany są zdarzeniami jednostkowymi (ślub, śmierć, narodziny), inne mają charakter mniej uchwytny (np. dorastanie kolejnych dzieci i ich wychodzenie z domu). Ale spostrzeganie etapów może być wyznaczane także przez inne wydarzenia. Starsze osoby, poproszone o opowiedzenie dziejów swojej rodziny i podzielenie ich na okresy (Wierzchowska-Schulz, 2000), mówią również o takich zdarzeniach granicznych, jak: zmiany miejsca zamieszkania i charakteru pracy zawodowej (w tym przejście na emeryturę), wypadki losowe, choroby dzieci i dorosłych czy trudności ekonomiczne. Zdarza się, że podstawą periodyzacji są wydarzenia historyczne (wojna, okres komunizmu, okres Solidarności). Oprócz tego w życiu każdej rodziny pojawiają się także kryzysy w potocznym rozumieniu tego słowa (trudności, problemy). Niezależnie od przyczyny,

każda zmiana wymaga przebudowania reguł obowiązujących wcześniej, ponieważ dawne reguły nie sprawdzają się w nowej sytuacji. Znajduje to odbicie w codziennych wzorach zachowań i w opowieści. Przemiany narracji mogą być subtelne albo bardzo głębokie. Zazwyczaj początkowo towarzyszy im poczucie zagubienia, dezorganizacja i negatywne emocje, lub nawet mniej lub bardziej dotkliwe stany depresyjne. Właśnie wówczas może dojść do całkowitego załamania etosu i rozpadu rodziny. Trudy rekonstrukcji narracji widać na przykładzie kryzysu związanego z pojawieniem się pierwszego dziecka.

W fazie poprzedzającej to wydarzenie małżonkowie tworzyli własną wspólnotę. Zadaniem rozwojowym tej fazy było uzgodnienie etosów rodzin pochodzenia i stworzenie swojego, unikalnego systemu przekonań. Wypracowane wówczas reguły dotyczące granic, spójności, władzy, przyzwyczajenia związane z organizacją pracy, życia towarzyskiego, rozrywek i wolnego czasu, w nowej sytuacji muszą ulec radykalnej zmianie, ponieważ wymaga tego opieka nad dzieckiem.

Jedno z badań penetrujących to zagadnienie (Okrzesik, 2002; Dryll, 2010) miało charakter podłużny, ale nie analizowano w nim narracji. W odstępie co najmniej roku, dwukrotnie dokonywany był pomiar tych samych zmiennych charakteryzujących system rodzinny (struktura, więź, wartości itp). Kontrolowano również wiek i staż małżeński badanych, ich wykształcenie i zaangażowanie zawodowe, jak również udział w zajęciach szkoły rodzenia (jako wskaźnik styczności z lansowaną tam wizją rodzicielstwa) oraz obecność przy porodzie ojca dziecka (jako wskaźnik jego zaangażowania w ojcostwo i poziomu wsparcia dla matki). Pierwszy pomiar dokonywany był w momencie stwierdzenia ciąży, drugi – gdy narodzone dziecko miało ponad pół roku. Wyniki tych badań, chociaż hipotezy wydawały się dobrze uzasadnione teoretycznie, ujawniły niewiele istotnych zmian. Wyraźnie zaznaczyły się tylko różnice w zakresie etykiet tożsamościowych kobiety i mężczyzny. W omawianym projekcie tożsamość badana była przez prostą charakterystykę przymiotnikową. Na podstawie listy cech, jakich osoba badana użyła do opisu siebie, obliczany był wskaźnik ewaluacji (por. Dryll, 1995). Wskaźnik ten stanowi sumę określeń konotujących pozytywne (ze znakiem „+”) i negatywne (ze znakiem „–”) cechy. W drugim pomiarze omawianych badań wskaźnik ewaluacji zmieniał się w stronę oceny negatywnej. Podobnie, czyli

z użyciem charakterystyk, na podstawie których obliczano wskaźniki ewaluacji, mierzone było ustosunkowanie młodej matki do męża. W drugim pomiarze mąż spostrzegany był jako „gorszy” niż był wcześniej. Co ciekawe, wyraźniejsze zmiany w ustosunkowaniu do męża związane były z niskim wykształceniem i niewielkim stażem małżeńskim rodziny. W wypowiedziach osób z wyższym wykształceniem i z dłuższym stażem ujawniły się słabiej.

Wyniki drugiego badania (Tarka, 2006; Dryll, 2010) pozwoliły wyjaśnić ten efekt. Zastosowano w nim metodologię narracyjną. Osobami badanymi były młode kobiety z co najmniej czteroletnim stażem małżeńskim, mające jedno dziecko w wieku do 3 lat, lub bezdzietne. Tematem narracji było ich ustosunkowanie do własnej matki („Opowiedz mi o swojej matce”). Ponadto osoby badane miały ocenić na siedmiopunktowej skali jakość relacji z nią, a za pomocą kwestionariusza KSS (Jarymowicz, 2002) szacowane było spostrzegane podobieństwo córki do matki. Oczekiwano, że wejście w nową rolę rodzinną spowoduje zmiany w pojmowaniu macierzyństwa, co ujawni się w charakterystycznych cechach opowieści, nastąpi lepsze zrozumienie zadań roli, zwiększy się poczucie podobieństwa i nastąpi polepszenie jakości relacji (a być może zbudowanie jej na nowych zasadach).

Różnice narracji tworzonych przez kobiety z porównywanych grup, tak jak i wyniki innych pomiarów były znaczące, jednak sformułowane hipotezy zostały sfalsyfikowane. Wbrew oczekiwaniom, ale zgodnie z układem innych danych, kształtowały się różnice w zakresie spostrzeganego podobieństwa i oceny relacji. Bezdzietne kobiety czuły się bardziej podobne do swoich matek i lepiej oceniały relacje z nimi. Kobiety mające dziecko nie czuły się aż tak podobne, a relacja, chociaż w swobodnej wypowiedzi jej analizie poświęcono znacznie więcej miejsca, globalnie oceniana była gorzej. Największe różnice między porównywanymi grupami odnotowano jednak w zakresie treści i formy narracji. Polegały one nie tylko na innym sposobie opowiadania o własnej matce czy też o macierzyństwie w ogóle. Różnice okazały się głębokie, sięgające poziomu kategorii poznawczych służących spostrzeganiu społecznemu, które mają zastosowanie nie tylko do opisu jednej postaci czy roli. Na skutek kryzysu, jakim jest pojawienie się w rodzinie pierwszego dziecka, w sposobie konstruowania narracji (i – ogólnie – myślenia

o świecie społecznym) następuje poważna zmiana. Uwidacznia się ona zarówno w tematach wiodących opowiadania, jak i w zakresie pól semantycznych słów kluczowych oraz przy analizie zdań relacyjnych (na temat metod badania tekstu por. Dryll, 2013).

Narracje o matce osób bezdzietnych cechuje myślenie, które można byłoby nazwać indywidualnym. Bohaterka (własna matka) przedstawiana jest ze względu na:

- jej zachowania w życiu codziennym;
- jej własne dzieciństwo;
- pracę zawodową;
- życie małżeńskie;
- zainteresowania, pasje i inne dziedziny aktywności.

Kobiety mające dziecko myślą inaczej. Podejmują takie wątki, w których mogą przedstawić swoją matkę, zwracając uwagę przede wszystkim na relacje, jakie ją łączą z innymi ważnymi osobami:

- matka–córka (narratorka);
- matka–inne dzieci (rodzeństwo narratorki);
- matka–wnuki;
- matka–teściowa (porównania).

Pole semantyczne kluczowego słowa („matka”) w narracjach kobiet bezdzietnych – chociaż słowo to częściej pojawia się w wypowiedziach osób badanych mających dziecko – wyznaczane jest przede wszystkim przez orzeczenia opisujące aktywność (tzw. działania „przez”; por. Dryll, Cierpka, 1996; Dryll, 2013). Natomiast epizody przywoływane do zilustrowania omawianych tematów to w narracjach osób mających dziecko przede wszystkim skrypty współpracy, których jest niewiele w tekstach kobiet bezdzietnych.

Zdania relacyjne, odnoszące się do wzajemnych ustosunkowań i uczuć, w tekstach kobiet bezdzietnych dotyczą pozytywnych uczuć córki wobec matki i tego, co córka od niej otrzymała („Mama mnie kocha”, „Mama nauczyła mnie…”), i są zabarwione wdzięcznością. W wypowiedziach kobiet posiadających dziecko zdań relacyjnych jest istotnie więcej. Ich tematem są uczucia obu osób (nie zawsze pozytywne) i działania, które każda z nich podejmuje na rzecz tej drugiej. Poza tym wiele zdań

relacyjnych zawiera porównania. Często są to porównania odnoszące się do roli matki – zarówno stawiające narratorkę w świetle pozytywnym, jak i w negatywnym. Przy porównywaniu cech przeważają jednak pozytywne cechy własnej osoby i negatywne cechy matki.

Opisane badania wskazują, że podjęcie nowej roli rodzinnej powoduje głębokie przewartościowania narracji, wyrażające się zmianami w strukturze sensu i kryteriach oceny ludzi. Zmiana sposobu myślenia o ludziach z indywidualnego na relacyjny powoduje, że takie sprawy, jak współpraca, współodczuwanie, współodpowiedzialność i inne aspekty współzależności, są rozważane z większą uwagą. Przewartościowania kategorii opisu pociągają za sobą również modyfikację doświadczeniowej bazy opowieści. To, co można powiedzieć o własnej matce, to w dużej mierze wspomnienia z okresu dzieciństwa i wczesnej dorosłości, odnoszące się do zdarzeń, których już nie można zmienić. Ale można o nich zapominać i przypominać sobie inne, można je inaczej wartościować, można w ogóle w innych (nowych) kategoriach spostrzegać i opisywać miniony czas. Sam fakt reorganizacji opowieści i poszukiwanie nowej zasady porządkującej zasób ważnych doświadczeń, zapominanie i przypominanie sobie zdarzeń dopełniających nowy obraz siebie sprawia, że poczucie tożsamości jest niestabilne, a pytanie „kim właściwie jestem" wcale nie znajduje oczywistej odpowiedzi. Powoduje to dyskomfort, a wątpliwości mogą być przyczyną obniżonego nastroju i wyczulenia na wady (własne, bliskich i całego świata). Aby opowieść zachowała spójność i sens, jej faktografia może być uzupełniana o zdarzenia, które być może dotychczas „nie pasowały" do przesłania, a teraz stały się ważne. Ocena sytuacji psychologicznej, własnej osoby i bliskich musi być ustanowiona na nowo.

Wyniki badań uzyskane w efekcie analizy narracji, chociaż badania nie miały charakteru podłużnego i kontrolowano w nich mniej zmiennych zakłócających, umożliwiły dokonanie pełniejszego, bardziej globalnego, oglądu zjawiska będącego przedmiotem analizy. Prawdopodobnie dlatego, że metodologia konsekwentnie dostosowana była do ujęcia definicyjnego badanego zjawiska. Narzędzia służące do ilościowego pomiaru wyizolowanych zmiennych, choćby było ich wiele, nigdy nie umożliwią badaczowi odkrycia tego, czego nie spodziewał się odkryć. Nigdy nie ujawni się w nich struktura organizująca kompozycje wartości tych

zmiennych. Zawsze kompozycja ta (wybór zmiennych, ich zakresy zmienności i domniemane związki) pozostanie kopią systemu znaczeń badacza.

Równie dotkliwy, jak spowodowany narodzeniem się w rodzinie pierwszego dziecka, może być kryzys związany z odchodzeniem dzieci z domu. W literaturze mówi się nawet o zaburzeniu zwanym „syndromem pustego gniazda". Został on opisany po raz pierwszy w amerykańskim szpitalu psychiatrycznym, do którego trafiały kobiety z indiańskich plemion (Borland, 1982). Od tego czasu zrealizowano liczne badania na temat czynników sprzyjających rozwijaniu się objawów powodowanych przez ten kryzys oraz czynników prewencyjnych. Ich wyniki nie są jednoznaczne. Wskazują jednak wyraźnie, że wiele zależy od treści kultury, w jakiej funkcjonuje dana rodzina, a szczególnie od podzielanych społecznie przekonań na temat usamodzielniania się dzieci i więzi łączących pokolenia.

W polskich badaniach (Kowalczyk, 2004) stwierdzono, że kryzys „pustego gniazda" ma dość szczególny przebieg. Jest doświadczany przez rodziców dzieci opuszczających dom, niezależnie od przyczyny rozstania (np. wyjazd na studia do innego miasta lub założenie własnej rodziny), w porównywalnym stopniu przez kobiety i mężczyzn. Ale o ile w pierwszym roku nastrój rodziców, mierzony za pomocą dwóch narządzi psychometrycznych używanych także w sondażach ogólnopolskich (por. Czapiński, 1993) pozostaje na poziomie nieodbiegającym od średniej krajowej, o tyle w drugim i trzecim roku istotnie zmienia się w stronę dobrostanu. Zmianom nastroju towarzyszy wzrost satysfakcji małżeńskiej (zwłaszcza u mężczyzn). Pogłębia się odrębność schematowa (por. Jarymowicz, 2002) roli rodzicielskiej i roli kobiety lub mężczyzny. Po odejściu dzieci małżonkowie definiują siebie i swój związek na nowo. Tak jak to pokazywały przytaczane wcześniej badania narracyjne (Chądzyńska, 2011), każde z nich znowu „mówi własnym głosem", co na tym etapie najwyraźniej sprzyja jakości życia.

Z całą pewnością nie wszystkie rodziny dobrze sobie radzą z kryzysami. Świadczy o tym duża i stale wzrastająca liczba rozwodów. Ale wciąż jednak większości udaje się traktować kryzysy jako wyzwania do reorganizacji narracji rodzinnej, a nie jako powód czy pretekst do ostatecznego załamania się jej etosu. Jak pokazują badania z udziałem osób w różnym wieku – od

młodszych i starszych adolescentów, przez młodych dorosłych, osoby w wieku średniej dorosłości aż po późną dorosłość (Budziszewska, 2007; Budziszewska, Dryll, 2013) – przemiany narracji rodzinnej w biegu życia charakteryzują się pewną systematycznością. Na różnych etapach życia inaczej spostrzegani są rodzice i własne dzieciństwo, inaczej wartościowane wydarzenia dobre i złe. Z wiekiem wzrasta zdolność decentracji, dystans i umiejętność spoglądania na fakty z różnych perspektyw. W późnej dorosłości pojawia się także estetyzacja wspomnień, nostalgia, postawa pokory wobec losu i nastawienie na realizację uznawanych wartości. Wzrasta też z wiekiem poczucie „tworzenia historii" oraz odpowiedzialność za dobrostan następnych pokoleń. Starsi ludzie stają się orędownikami wartości i strażnikami rodzinnej pamięci (Zagórska, Lipska, 2013). Narracja rodzinna na różnych etapach życia zmienia się także pod względem formalnym. Z prostego opisu osób i zdarzeń (w wieku kilkunastu lat) przeradza się w tekst o charakterze dyskusyjno-problemowym (w okresie późniejszej adolescencji i wczesnej dorosłości), aby w końcu stać się w pełni opowieścią.

3.3. Dlaczego ważne jest badanie narracji rodzinnych

Człowiek staje się osobą tylko w otoczeniu innych osób, w bliskich, intymnych kontaktach z kilkorgiem Innych. „Inny" jest lustrem, dopełnieniem – źródłem wsparcia, partnerem dialogu. W konfrontacji z bliskim Innym tworzy się i dojrzewa opowieść o Ja – tożsamość człowieka. Współczesna kultura domaga się od jednostki samookreślenia, które polega na udzieleniu odpowiedzi na cztery pytania: „Kim jestem?", „Jaki jestem?", „Czego doświadczam?" i „Jaki sens ma moje życie?" (Straś-Romanowska, 1992, 2008). Narracja tożsamościowa jest konstruowana na podstawie historii własnego życia, ale nie należy jej utożsamiać z biografią (Dryll, 2010; Dryll, Cierpka, 2011). Tworzenie opowieści o sobie jest możliwe dzięki zdolności tzw. wnioskowania biograficznego (McLean, Fournier, 2008), które wywodzi się z wiedzy społecznej zmagazynowanej w formie narracyjnej (Hutto, 2008).

W poszukiwaniu sensu wydarzeń interpretuje się wspomnienia zawarte w pamięci autobiograficznej (Bartosz, 2004; Katra, 2004; Maruszewski, 2005) i dokonuje się wyboru tych, które są zgodne ze społecznie uzgodnionym wizerunkiem własnej osoby.

Opowieści tworzą się, zmieniają, wzbogacają i dojrzewają w dialogu. Niebagatelne znaczenie ma zatem najbliższe środowisko, w którym toczą się codzienne dialogi. Najczęściej tym środowiskiem jest rodzina. Tu człowiek „nasiąka" opowieściami o aktualnych wydarzeniach, słucha tego, co było, styka się z rozmaitymi dobrami kultury, uczestniczy w rodzinnej obyczajowości i rytuale. Jako dorosły należy do wielu grup społecznych, prowadzi również nieustannie sam ze sobą dialog wewnętrzny, chociaż najbliższe środowisko społeczne stanowi przeważnie jego rodzina. Ale kiedy jeszcze był dzieckiem, świat rodzinny był „jedynym możliwym światem" i to, czego się w nim nauczył, na zawsze pozostaje prototypem, do którego dobudowywane są rozmaite warianty. Należy więc uznać, że tekst narracji rodzinnej jest łącznikiem między kulturą a tożsamością konkretnego człowieka.

Od czasów Freuda w psychologii wiadomo, jak ważną rolę w kształtowaniu się psychiki jednostki odgrywają jej doświadczenia dziecięce związane z osobami, z którymi pozostawała w bliskich relacjach. I temat ten jest wciąż aktualny. Wiele napisano o tym, jak w rodzinie kształtuje się osoba ludzka. Niezliczone badania podejmują poszczególne wątki z tym związane, wykorzystując rozmaite teorie. Ale niewiele można spotkać takich badań, które w sposób całościowy opisują rodzinne środowisko wychowawcze, zwłaszcza jego semantyczny aspekt. Całościowo i ze zwróceniem uwagi na proces można o tym mówić w paradygmacie narracyjnym, uwzględniającym zarówno poziom treści kultury (narracji wielkich i „średnich"), jak i poziom mikrośrodowiska rozwoju – narracji rodzinnych. To dzięki nim „niedaleko pada jabłko od jabłoni", a jednocześnie człowiek staje się „dzieckiem swoich czasów".

Rozdział 4

Role i funkcje rodziny

Katarzyna Walęcka-Matyja

4.1. Współczesne ujęcie roli rodziny
4.2. Kierunki przemian współczesnej rodziny a role i funkcje rodziny
4.3. Role w systemie rodziny
4.4. Funkcje rodziny
4.5. Psychospołeczne uwarunkowania funkcji rodziny

Rodzina podlega znacznym przeobrażeniom zarówno w zakresie struktury, jak i podejmowanych przez jej członków ról i pełnionych funkcji. Dokonanie porównania cech rodzin tradycyjnych z cechami rodzin współczesnych pozwala dostrzec wyraźne przemiany w tym zakresie.

Pojęcie „ról rodzinnych" ściśle wiąże się z poziomem realizacji poszczególnych funkcji rodziny, dlatego też omówię je w pierwszej kolejności. Ustalone, powtarzające się wzorce zachowań określonych osób mają bowiem istotne znaczenie dla zaspokajania potrzeb członków rodziny. W literaturze przedmiotu pojęcie „funkcji rodziny" ujmowane jest w sposób heterogeniczny. Odmienność interpretacji omawianego zagadnienia można zauważyć w klasyfikacjach funkcji rodziny z perspektywy autorów reprezentujących różne dyscypliny naukowe (socjologia, pedagogika, psychologia). W tym rozdziale skoncentrowałam się jednak na psychologicznych ujęciach funkcji rodziny, wskazując na podobieństwa i różnice występujące między nimi.

Funkcje systemu rodzinnego, obejmujące swym zakresem wszystkie dziedziny jego życia, nieuchronnie podlegają procesom modyfikacji w kolejnych fazach rozwoju rodziny. W aspekcie psychologicznym znaczący jest fakt, iż sposób wywiązywania się członków rodziny z obowiązków ma istotne znaczenie dla jakości więzi między osobami tworzącymi system rodzinny. Zakłócenia w realizacji choćby jednej z funkcji powodują na ogół przejściową lub dłuższą dysfunkcjonalność rodziny.

Współcześnie, mimo że rodzina nadal zajmuje wysokie miejsce w hierarchii deklarowanych powszechnie wartości, uwidacznia się w niej wiele niepożądanych zmian i zagrożeń przybierających różne oblicza patologii społecznych. Coraz więcej rodzin nie jest w stanie prawidłowo realizować swoich podstawowych funkcji i przez to zapewnić swym członkom dobrych warunków do rozwoju. Wiedza o wewnątrzrodzinnych oraz zewnątrzrodzinnych determinantach określających poziom realizacji psychologicznych funkcji rodziny potencjalnie przyczynia się do poprawy jakości życia człowieka. Wszelkie bowiem nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny przekładają się na doświadczenia życiowe, przeżywane emocje i zachowania jej członków.

4.1. Współczesne ujęcie roli rodziny

W psychologii i pedagogice rodzina jest najczęściej ujmowana jako **podstawowa grupa społeczna** ze względu na relacje, stosunki oraz typy zależności między jej poszczególnymi członkami. Postrzegana jest także jako **instytucja społeczna** ze względu na odpowiedzialność za dziecko, usankcjonowaną przepisami prawnymi zawartymi m.in. w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym (Kopońska, 2014). Instytucjonalizm rodziny przejawia się również przy wielu innych okazjach. Wskazują na to rozliczne akty prawne: kodeks cywilny – dziedziczenie ustawowe, kodeks karny – zwolnienie od zeznań mogących zaszkodzić osobie blisko spokrewnionej itp. Przywileje rodzinne zostały zawarte w różnych aktach prawnych, od konstytucji po ustawodawstwo socjalne.

Stanowiąc środowisko, w którym podstawą wszelkich kontaktów jest naturalna przynależność i więź emocjonalna, rodzina jest również ujmowana jako **prymarne środowisko wychowawcze**. Dziecko ma w nim możliwość obserwania wzorów coraz bardziej złożonej aktywności, zarówno we współdziałaniu, jak i pod bezpośrednim kierownictwem osób, które posiadają wiedzę i umiejętności jeszcze przez dziecko nieopanowane, osób, z którymi ma ono ukształtowane pozytywne stosunki emocjonalne (Bronfenbrenner, 1979, 2005).

Tradycyjne ujęcie rodziny zakłada, że tworzą ją żyjący we wspólnocie kobieta i mężczyzna, będący małżeństwem, wychowujący swe biologiczne, a czasami adoptowane dzieci. Już ponad 60 lat temu, antropolog i socjolog Murdock opisał rodzinę jako wspólnie zamieszkującą grupę społeczną, składającą się z osób dorosłych obojga płci, utrzymujących społecznie zatwierdzone relacje seksualne oraz z jednego lub więcej dzieci, własnych lub adoptowanych. Tak rozumiana rodzina spełniała cztery główne funkcje: seksualną, reprodukcyjną, socjalizacyjną oraz ekonomiczną (Murdock, 1949). W obecnych czasach koncepcja rodziny uległa znaczącej zmianie, co wynika z zachodzących przemian dokonujących się w sferze organizacji i funkcjonowania rodziny.

W świetle poglądu, iż rodzina nuklearna nie jest już jedyną, akceptowalną, opisującą rzeczywistość społeczną oraz obowiązującą formą rodziny, badacze zajmujący się rodziną postulują nawet, by zrezygnować

z archaizmu, jaki stanowi termin „rodzina tradycyjna”[1]. Jest to coraz rzadziej występująca instytucja społeczna, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. Podkreśla się, że choć ewolucja małżeństwa i rodziny zachodzi na całym świecie, to zmiany, którym podlega rodzina, przebiegają szybciej w krajach o wysokim wskaźniku dobrobytu, otwartych na przemiany społeczne, gdzie respektowane są prawa człowieka, równouprawnienie kobiet, dostęp do edukacji dla obu płci itp. W krajach wolniej rozwijających się utrzymuje się tendencja do funkcjonowania rodzin o charakterze tradycyjnym, gdzie istnieje wyraźny podział ról wyznaczony przynależnością płciową, preferowanie dużej liczby dzieci, przywiązanie do tradycyjnych autorytetów. Czynniki, takie jak zideologizowana polityka, religia, stałe, wzajemne kontakty między członkami rodziny oraz akceptowany w danej społeczności model rodziny, wpływają wzmacniająco na jej spójność (Tyszka, 2001).

4.2. Kierunki przemian współczesnej rodziny a role i funkcje rodzinne

W efekcie przekształceń dokonujących się w strukturze rodziny można dostrzec zmiany w zakresie podejmowania przez jej członków ról rodzinnych i wywiązywania się z przydzielonych im funkcji. Omawiając przemiany, jakim podlega współczesna rodzina, porównam podstawowe cechy, charakteryzujące dwa typy rodzin – **tradycyjną i współczesną**.

W XXI w. występuje tendencja do zanikania wielopokoleniowych rodzin na rzecz dominacji modelu rodziny małej, dwupokoleniowej, która jest względnie niezależna ekonomicznie (Tyszka, 2003). Fakt ten ma istotne znaczenie dla realizacji wielu funkcji rodziny. Aktualnie można zaobserwować, że nastąpiło oddzielenie funkcji prokreacyjnej i seksualnej, co w większym niż dotychczas stopniu umożliwia rodzinie planowanie dzietności. Zaznacza się, że nie chodzi wyłącznie o liczbę dzieci w rodzinie, ale o możliwość stworzenia im godnych warunków rozwoju. Obecnie mężczyźni coraz częściej dobrowolnie i aktywnie angażują się w przebieg ciąży oraz porodu, znajdując w tym możliwość spełnienia oraz samorealizacji. Coraz bardziej powszechne planowanie rodziny wiąże się

z dążeniem obu płci do osiągnięcia wyższego poziomu życia przez podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym, ukierunkowanym na doskonalenie umiejętności z różnych dziedzin, co często wpływa na wyższy przeciętny wiek zawierania małżeństw i posiadania potomstwa (Rostowski, Rostowska, 2011).

Analizując różnice między tradycyjnym a współczesnym modelem rodziny, można zauważyć, że nastąpiło przejście od produkcyjnego do nieprodukcyjnego typu rodziny. Oznacza to, że miejsce pracy poszczególnych członków rodziny najczęściej znajduje się poza domem. Fakt ten koresponduje z ogólną zmianą modelu rodziny, w którym wzrosła społeczna pozycja kobiety. Niewątpliwie jest to związane z jej aktywizacją zawodową oraz ze współudziałem w utrzymywaniu rodziny. Sytuacja ta znacząco wpływa na wzrost tendencji egalitarnych w stosunkach między członkami rodziny, przez zmniejszenie dotychczasowej roli mężczyzny jako jedynej osoby posiadającej władzę decyzyjną i sprawczą. Kształtuje się nowy model małżeństwa określany egalitarnym. Istotą **modelu małżeństwa egalitarnego** jest podział obowiązków i odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu rodzinnego. Współcześnie można zaobserwować, że małżeństwa cechuje nie tylko aktywność zawodowa przejawiana zarówno przez męża, jak i przez żonę, lecz także realizowanie przez nich karier zawodowych (**model małżeństwa dwu karier** [2]). Oznacza to, że często oboje małżonkowie pełnią funkcje o wysokim prestiżu społecznym. W skali światowej sytuacja ta dotyczy około połowy małżeństw, a w przypadku jednej czwartej tego rodzaju związków dowiedziono, że żony zarabiają więcej niż ich mężowie (Rostowski, Rostowska, 2005). Zaznacza się, że obserwowana zmienność oraz uelastycznienie traktowania ról w tym zakresie może być wynikiem zarówno bezrobocia, zmuszającego do przerwania aktywności zawodowej, jak i swobodnego wyboru.

Zmiany zauważalne w strukturze rodziny dotyczą także pozycji zajmowanej przez dziecko. Stało się ono wartością autoteliczną, źródłem satysfakcji, spełnieniem osobistych dążeń rodziców. Przestał obowiązywać dystans między rodzicami a dziećmi oraz konieczność bezwzględnego podporządkowywania się woli rodzicielskiej. Z większą uwagą zaczęto dostrzegać potrzeby psychiczne dziecka, dbać o jego rozwój i okazywać mu więcej uczucia. Wychowanie małego dziecka stało się dziedziną aktywności

obejmującą zaangażowanie obojga rodziców. Obserwuje się szczególnie duże zmiany w pełnieniu roli ojca (Popenoe, 1996).

Analizując różnice między rodziną tradycyjną a współczesną, zauważa się, iż aktualnie rodzina traci swoją instytucjonalność na rzecz związku partnerskiego oraz przyjacielskiego (McGraw, Walker, 2004). Najczęściej interes rodziny nie jest nadrzędny w stosunku do potrzeb jednostek ją tworzących. Liczą się dążenia członków rodziny, indywidualizm oraz wolność osobista. Kształtuje się system wartości akcentujący przede wszystkim spersonalizowane sukcesy człowieka przedkładane nad dobro rodziny jako całości (Kağitçibaşi, 1996).

Obecnie małżeństwo stanowi związek o charakterze dobrowolnym, który jednostka może zarówno utworzyć, jak i rozwiązać – nie jest on spostrzegany jako społeczny obowiązek. Zmieniły się także oczekiwania kierowane pod adresem relacji tworzonej z towarzyszem życia. Partnerzy mają pomagać sobie w codziennym życiu oraz zaspokajać wzajemnie potrzeby. Pogląd, że małżeństwo ma zapewnić bezpieczeństwo ekonomiczne oraz konieczność prokreacji jest dziś nieaktualny.

Przemiany, jakim podlega współczesna rodzina, prowadzą także do wytworzenia szerszej sfery prywatności rodziny oraz ograniczeń w kontaktach z otoczeniem zewnętrznym. Rodzina tradycyjna była mocno związana ze środowiskiem lokalnym, podlegała wyraźnej kontroli ze strony swego środowiska społecznego, a normy zwyczajowe silniej wyznaczały sposób zachowania. Aktualnie zachowanie członków rodziny determinowane jest w coraz większym zakresie przez ich indywidualne doświadczenia.

We współczesnych rodzinach można zaobserwować rozluźnienie więzi między ich członkami. Jedną z konsekwencji tego rozluźnienia stanowi ograniczenie dostępu do tradycyjnego oparcia społecznego, które zapewniały rodziny wielopokoleniowe, nastawione na działania typu samopomocy, zaspokajające potrzeby członków rodziny bez względu na ich wiek czy stan zdrowia. Głównymi czynnikami determinującymi tę sytuację są nowoczesna ekonomika oraz ruchliwość społeczna, aż po procesy globalizacyjne (migracje zarobkowe, internetowa wymiana wzorów funkcjonowania w społeczeństwie, wymiana idei itd.). Mobilność społeczna powoduje przestrzenne oddalenie się od siebie członków rodzin, zróżnicowanie w zakresie preferowanych wzorów oraz stylów życia, co nie

sprzyja podtrzymywaniu bliskich więzi (Szlendak, 2011). Zarysowane tło przemian, którym podlega rodzina wpływa na przeobrażenia w zakresie realizowania pełnionych przez nią funkcji.

Funkcje rodziny podlegają przekształceniom o charakterze zarówno jakościowym, jak i ilościowym (redukcja, podział jednej funkcji na dwie, niekiedy niezależne od siebie). Często dochodzi do utraty lub dzielenia się realizacją funkcji pełnionych przez rodzinę na rzecz różnych instytucji społecznych. Przykładem mogą być narodziny nowego członka rodziny, które standardowo odbywają się w szpitalach, a nie, jak dawniej, w domach. Proces socjalizacji dzieci nie przebiega jedynie w środowisku rodzinnym, ale jest wspierany przez oddziaływania wychowawcze żłobka, przedszkola oraz szkoły.

W zakresie realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej rodziny obserwuje się częstsze niż dawniej przenoszenie pewnych aspektów realizacji zadań związanych z tą funkcją na instytucje opiekuńcze (np. całodobowe przedszkola, domy pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych lub w podeszłym wieku), a także tendencje do zanikania międzypokoleniowych form jej spełniania (Zawadzka, 2012).

4.3. Role w systemie rodziny

Aktualnie badania nad procesami i zjawiskami zachodzącymi w rodzinie, oddające ich pełnię oraz złożoność, wymagają ujęcia systemowego, które współcześnie jest uznawane za dominujące.

Ogólna teoria systemów, której twórcą był von Bertalanffy (1984), stanowi próbę oglądu zjawisk naturalnych jako hierarchii systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Zgodnie z ogólną teorią systemów, człowiek jest traktowany jako element różnych systemów, np. rodziny, w obrębie których stanowi cześć podsystemów, np. podsystemu dzieci. Jednostka aktywnie oddziałuje na członków grupy rodzinnej, z którymi nawiązuje interakcje i sama także podlega oddziaływaniom ze strony tych osób. Oddziaływanie to odbywa się za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych o charakterze cyrkularnym. Zatem, podejmując próbę zrozumienia zachowań ludzi,

należy rozpatrywać je w ramach określonego systemu społecznego, np. interakcji z innymi członkami rodziny (Liberska, 2011b).

W ujęciu systemowym rodzina stanowi całość, a zmiany każdego z elementów w tym systemie zależą od wszystkich pozostałych. Sytuacja, w której zmianom ulegają warunki wewnętrzne lub zewnętrzne systemu rodzinnego, zmusza całą rodzinę do podjęcia działań o charakterze przystosowawczym, umożliwiającym prawidłowe funkcjonowanie. W odniesieniu do rodziny sytuacja taka występuje, gdy np. dochodzi do rozwodu rodziców, utraty pracy czy zdrowia przez któregoś z jej członków. Należy zatem oczekiwać, iż takie wydarzenia spowodują głębokie zmiany w funkcjonowaniu pozostałych osób w rodzinie, traktowanej jako całość. Zmiany dotyczą wówczas podejmowania przez członków rodziny nowych ról rodzinnych i wynikających z nich funkcji. Zmiany tego typu są tym większe, im bardziej utrata bądź zysk w nowej dla rodziny sytuacji dotyczy podsystemu centralnego, jaki stanowią rodzice. Następuje wtedy zachwianie dotychczasowego wzorca zachowań i poszukiwanie nowego, lepiej pasującego do aktualnych warunków (Minuchin, 1985). Przykład może stanowić sytuacja rodziny, w której na świat przychodzi kolejne dziecko, ale z niepełnosprawnością. Niektórzy badacze wskazują, że fakt posiadania przewlekle chorego rodzeństwa jest czynnikiem stymulującym rozwój rodzeństwa zdrowego. Umożliwia on bowiem, przez specyficzne doświadczenia życiowe, nabycie umiejętności i kompetencji niedostępnych dla osób żyjących w rodzinach bez osób z niepełnosprawnością (Pisula, 2007; Żyta, 2009). Jednakże podkreśla się, że jest to związane ze zmianą ról rodzinnych i wynikających z nich obowiązków. Ilustrację mogą stanowić słowa dziesięcioletniej dziewczynki, która co wieczór gotowała obiad dla całej rodziny:

> Nie sądzę, żeby ktokolwiek oczekiwał ode mnie, żebym to robiła, ale jeśli raz zrobisz coś takiego, to już się będą tego po tobie spodziewać […]. Prawdopodobnie byłam znacznie bardziej dojrzała, mając 9–10 lat niż inni w tym wieku. Przejawiało się to w pilnowaniu zadanych lekcji, praniu, prasowaniu, otwieraniu własnego konta w banku. Mama po prostu nie miała na to czasu (Rodger, Tooth, 2004, s. 59).

RAMKA 4.1

Z poziomem realizacji poszczególnych funkcji rodziny związane jest pojęcie roli rodzinnej. Przez „role rodzinne" rozumiane są powtarzające się wzorce zachowań, dzięki którym określone osoby realizują funkcje rodziny i zaspokajają potrzeby jej członków (Epstein i in., 1993).

W każdej rodzinie poszczególni jej członkowie przypisani są do pewnych ról, takich jak „dziecko", „rodzeństwo", „wnuki". Z określonymi rolami wiążą się społeczne oraz rodzinne oczekiwania, co do sposobu ich realizacji, np. rodzice powinni uczyć, dbać o porządek, zapewniać dzieciom poczucie bezpieczeństwa, a dzieci mają współpracować i szanować swoich rodziców. Poszczególne osoby mogą pełnić po kilka ról w rodzinie, role rodzinne zmieniają się bowiem w zależności od etapu życia rodzinnego i wieku danej osoby. Role rodzinne są niezwykle ważne dla zdrowego funkcjonowania rodziny. Większość badaczy zgadza się, że ustanowienie jasnych ról w rodzinie bezpośrednio wiąże się z jej zdolnością do radzenia sobie zarówno z wydarzeniami o charakterze nienormatywnym, jak i z wydarzeniami o charakterze normatywnym (Rostowski, Rostowska, 2011).

RAMKA 4.2

W rodzinie istnieje wiele typów ról. Zidentyfikowano **pięć typów ról**, szczególnie istotnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu rodzinnego. Należą tu role związane z: **zagwarantowaniem zasobów, wychowaniem i wsparciem, kształtowaniem umiejętności życiowych, zarządzaniem systemem rodzinnym** oraz **zapewnianiem satysfakcji seksualnej małżonków** (Epstein i in., 1993).

Członkowie rodziny mają do spełnienia role o charakterze zarówno instrumentalnym, jak też afektywnym. Każdy bowiem pełni ważną funkcję w utrzymaniu prawidłowego (zdrowego) funkcjonowania systemu rodzinnego. **Role instrumentalne** dotyczą świadczenia zasobów fizycznych (np. żywność, odzież i schronienie), podejmowania decyzji oraz zarządzania systemem rodzinnym. Natomiast **role afektywne** istnieją, aby

członkom rodziny zapewnić wsparcie emocjonalne. Oba typy ról rodzinnych muszą być obecne, by rodzina mogła dobrze funkcjonować.

Osoby pełniące rolę związaną z zapewnieniem rodzinie zasobów zdobywają i udostępniają takie rodzaje zasobów, jak pieniądze, żywność, odzież czy schronienie dla wszystkich członków rodziny. Rola o charakterze instrumentalnym stanowi jedną z najbardziej fundamentalnych oraz priorytetowych w rodzinie. Członkowie rodziny odpowiedzialni za pełnienie roli związanej z wychowaniem i udzielaniem wsparcia mają za zadanie dbać o dobrą atmosferę rodzinną, ciepło oraz bezpieczeństwo w relacjach interpersonalnych. Rolą osób związanych z kształtowaniem oraz rozwijaniem umiejętności życiowych członków rodziny jest stymulowanie rozwoju fizycznego, emocjonalnego, edukacyjnego oraz społecznego, zarówno dzieci, jak i dorosłych. Kolejną rolą rodzinną, mającą istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania rodziny, jest rola związana z utrzymaniem systemu rodzinnego i z zarządzaniem nim. Obejmuje ona wiele zadań, w tym m.in. przywództwo, podejmowanie decyzji, obsługę finansów rodzinnych, a także przyjmowanie odpowiedzialnych postaw w odniesieniu do dalszej rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Ostatnia, choć nie mniej ważna, rola rodzinna dotyczy zapewnienia udanego życia seksualnego partnerów, satysfakcjonujące relacje intymne to bowiem jeden z kluczy do jakości związku małżeńskiego (Epstein i in., 1993).

W prawidłowo funkcjonujących rodzinach podział ról rodzinnych (przydział obowiązków w rodzinie) odbywa się w sposób, który nie powoduje poczucia **przeciążenia rolami** poszczególnych jej członków. Czują się oni odpowiedzialni za wykonanie zadania przypisanego do danej roli. W **zdrowych** rodzinach istnieją procedury, które gwarantują spełnianie niezbędnych funkcji w systemie rodzinnym. Przykład może stanowić sytuacja, w której rodzice rozumieją, że są odpowiedzialni za dyscyplinowanie swoich dzieci. Wiedzą bowiem, że brak właściwie sprawowanej roli rodzicielskiej spowoduje problemy z zachowaniem dzieci, które będą działały zakłócająco na zdolność rodziny do dobrego funkcjonowania.

4.4. Funkcje rodziny

Rodzina jako system definiowana jest najczęściej w dwóch głównych aspektach: struktury i funkcji. Funkcje rodziny pozostają we wzajemnych oddziaływaniach z jej strukturą (tj. z układem ról i pozycji społecznych zajmowanych przez poszczególnych członków rodziny, z charakterem oraz konfiguracją relacji interpersonalnych) oraz z rodzajem więzi między osobami tworzącymi system rodzinny.

Autorką, która jako jedna z pierwszych podjęła w psychologii zagadnienie funkcji rodziny, była Ziemska. Zajmowała ona podobne stanowisko jak Tyszka (2001, 2003), łącząc pojęcie rodziny z pojęciem jej zadań, wypełnianych zarówno na rzecz członków rodziny, jak i całego społeczeństwa. Według Ziemskiej (1986) podstawowe funkcje rodziny stanowią predyktory jej zadań, a także ją konstytuują. Z istnieniem rodziny związane jest bowiem realizowanie jej głównych zadań, zawartych w funkcjach, adekwatnie do etapu życia rodziny (tab. 4.1).

TABELA 4.1

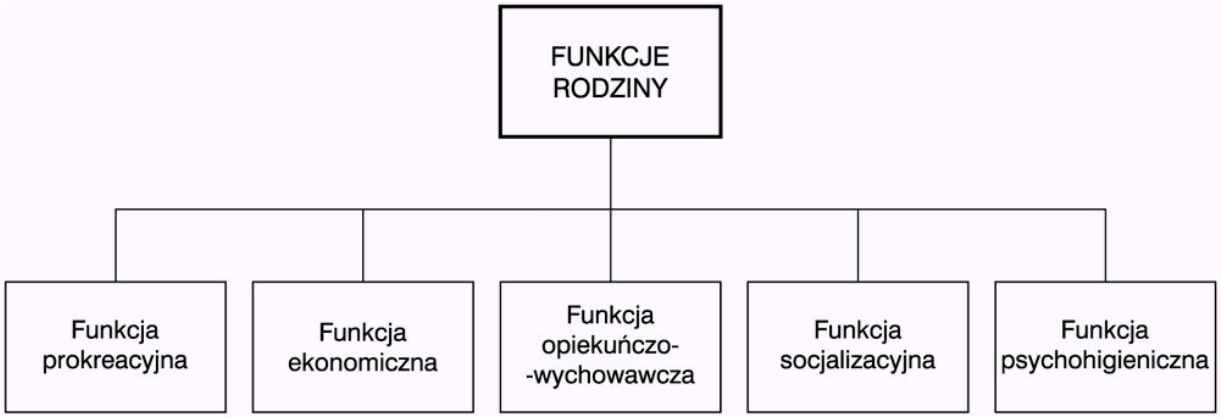
Etapy życia rodziny i jej zadania

Etapy życia rodziny	Zadania
Małżeństwo bez dzieci	Renegocjacje dotyczące relacji i zasad funkcjonowania w małżeństwie oraz stworzenie satysfakcjonującego związku
Rodzina wychowująca małe dzieci (do 30 m.ż.)	Przystosowanie do roli rodzicielskiej oraz stymulowanie rozwoju małego dziecka
Rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym (od 2,5 do 5 lat)	Rozwijanie potencjału dziecka
Rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym (od 5 do 13 lat)	Socjalizacja i edukacja dzieci
Rodzina z nastolatkiem (od 13 do 20 lat)	Balansowanie między swobodą a odpowiedzialnością
Rodzina z dzieckiem opuszczającym dom	Separacja dorastającego dziecka z jednoczesnym zagwarantowaniem mu wsparcia przez rodzinę
Rodzice w średnim wieku	Znalezienie przez małżonków celów i wartości na resztę wspólnego życia

Rodzina w okresie starzenia	Przystosowanie się do emerytury i oswojenie się z myślą o śmierci współmałżonka

Źródło: Mc Kelvey, Borgersen (1990).

Wśród funkcji rodziny Ziemska (ibid.) wyróżniła następujące ich rodzaje: **prokreacyjną, zarobkową** (**ekonomiczną**)**, opiekuńczo-wychowawczą, socjalizacyjną** oraz **psychohigieniczną** (ryc. 4.1).



RYCINA 4.1

Funkcje rodziny w ujęciu M. Ziemskiej (red., 1986)

Źródło: opracowanie własne.

Funkcja prokreacyjna zarówno obejmuje działania mające na celu zapewnienie ciągłości społeczeństwa, jak i gwarantuje małżonkom zaspokojenie potrzeb o charakterze intymnym w sposób społecznie akceptowany. Istotą **funkcji zarobkowej** jest wykonywanie pracy zarobkowej oraz uzyskiwanie z niej środków pieniężnych służących zaspokajaniu potrzeb ekonomicznych. Zagwarantowanie wszystkim członkom rodziny codziennych usług, do których zaliczane są: dostarczanie wyżywienia, dbanie o czystość mieszkania, zapewnianie odzieży itp., oraz zagwarantowanie opieki tym członkom, którzy nie są w stanie w pełni o siebie zadbać, np. z powodu wieku lub choroby, jest istotą **funkcji opiekuńczo-wychowawczej**. Rola rodziny polega na zaspokajaniu zarówno potrzeb bytowych i opiekuńczych jej członków, jak i potrzeby troszczenia się o innych oraz doznawania opieki. Omawiając istotę **funkcji socjalizacyjnej**, wskazuje się na proces uczenia się dzieci od osób z ich

najbliższego otoczenia. W efekcie młode pokolenie staje się często lustrzanym odbiciem swoich rodziców. Rodzice przekazują potomkom system wartości, wzory zachowania, komunikowania się, obyczaje, zasady moralne oraz kulturę. Realizacja ostatniej z wymienionych przez Ziemską funkcji, **psychohigienicznej**, umożliwia wszystkim członkom rodziny odpowiedni rozwój psychiczny. Prawidłowe pełnienie tejże funkcji przez rodzinę przyczynia się do kształtowania u jednostek do niej należących adekwatnego poczucia własnej wartości, celów życiowych oraz umiejętności doświadczania harmonii w relacjach z innymi ludźmi.

Przedstawiona przez Ziemską klasyfikacja funkcji rodziny ma charakter umowny, nienormatywny. Inni autorzy (Schiamberg, Chong-Hee, 1987; Rostowska, 2009b; Walęcka-Matyja, 2013) przedstawiają nieco odmienne klasyfikacje tych funkcji, w zależności od wartości oraz znaczenia, jakie im przypisują.

W ujęciu Schiamberga i Chong-Hee (1987) rodzina powinna realizować wiele powiązanych ze sobą funkcji. Autorzy zaliczają do nich proces socjalizacji dzieci, współpracę ekonomiczną między członkami rodziny, opiekę nad członkami rodziny oraz tworzenie warunków do wzajemnych, satysfakcjonujących interakcji. Według nich środowisko rodzinne powinno stanowić miejsce, w którym ludzie otrzymują społeczną akceptację łączących ich relacji o charakterze intymnym, zajmują się wychowaniem dzieci, zaspokajają wzajemnie potrzeby emocjonalne oraz udzielają sobie wsparcia.

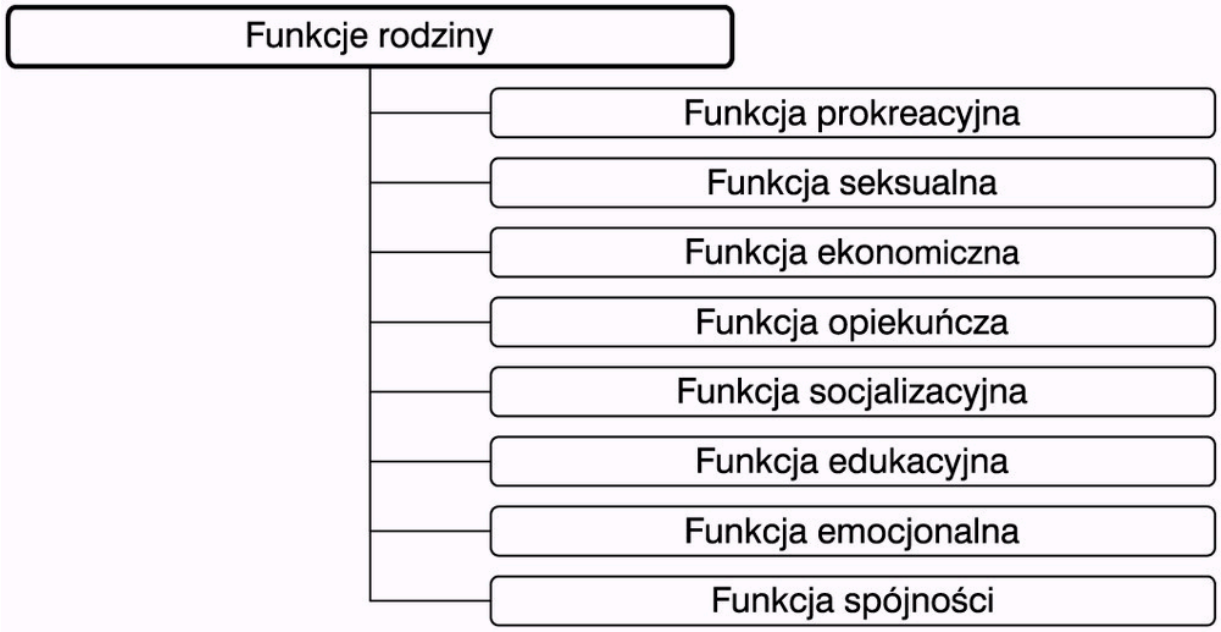
Zdaniem Rostowskiej (2009b) w klasyfikacjach obrazujących zróżnicowane i liczne funkcje rodziny często pomijana jest **edukacyjna funkcja rodziny**. Zwykle jest ona wiązana z funkcją wychowawczą. Jednakże z psychologicznego punktu widzenia nie istnieją ku temu podstawy, choć edukacyjna funkcja rodziny pozostaje bowiem w związku z procesem wychowania, to przedmiotowo i zadaniowo sięga poza jego zakres. Uwzględniając ogromny wpływ rodziny na wszechstronny rozwój dziecka, Rostowska (2002) przyjęła następującą klasyfikację funkcji rodziny: **funkcja prokreacyjna, funkcja opiekuńczo-wychowawcza, funkcja socjalizacyjna, funkcja edukacyjna, funkcja emocjonalno-ekspresyjna** oraz **funkcja ekonomiczna.**

Według znamienitych przedstawicieli psychologii rozwojowej (Piageta, 2011; Eriksona, 2004; Havighursta, 1981; Wygotskiego, 2005; itd.) proces

nauczania rozpoczyna się już w pierwszych miesiącach życia, kiedy rodzice w sposób bardziej lub mniej świadomy, przez kontakt z dzieckiem pomagają mu poznać świat. W ujęciu Wygotskiego (2005) to dzięki stymulacji ze strony bliskich osób, takich jak matka, ojciec, rodzeństwo, dziecko zaczyna coraz lepiej postrzegać i rozumieć otaczającą je rzeczywistość. Początkowo procesy nauczania oraz rozwoju zachodzą tylko w sytuacji odpowiedniej stymulacji dziecka przez dorosłego (**sfera najbliższego rozwoju**), ale wkrótce stają się wewnętrznymi osiągnięciami dziecka (**sfera aktualnego rozwoju**). Niektórzy psychologowie są zdania, że takiego zasobu wiedzy, jaki dziecko zdobywa w okresie wczesnego dzieciństwa, o sobie, innych, a także o zjawiskach świata fizycznego, psychicznego, społecznego i kulturowego, nie przyswaja ono w żadnym innym okresie życia (Liberska, 2011b). Prawidłowy przebieg procesu edukacji w okresie wczesnej ontogenezy stanowi podstawę właściwie przebiegającego procesu edukacji szkolnej. To dzięki edukacji rodzinnej dziecko w momencie rozpoczęcia nauki szkolnej posiada fundamentalną wiedzę o świecie, potrafi się skutecznie komunikować, dobrze funkcjonować w grupie, zna normy i zasady postępowania moralnego oraz coraz lepiej potrafi panować nad swymi emocjami. Podkreśla się, że wraz z chwilą podjęcia przez dziecko nauki w szkole, edukacyjna funkcja rodziny nie zanika. Nadal istnieje, choć zmienia się jej rola – z pozycji wiodącej zmienia status na wspomagającą proces edukacji programowej i uporządkowanej, za który odpowiedzialne jest głównie środowisko szkolne oraz uczeń. Rodzice nadal uczestniczą w tym procesie, chociażby przez świadczenie dziecku pomocy przy odrabianiu lekcji, rozmawiając z nim na różne tematy, odpowiadając na pytania o naturę świata i człowieka. Celem edukacyjnej funkcji rodziny jest także przekazanie dziecku historii rodziny, wykształcenie szacunku dla wartości rodzinnych oraz kultywowanie zwyczajów wcześniejszych pokoleń (Rostowska, 2009a).

Ostatnia z psychologicznych klasyfikacji funkcji rodziny jest mojego autorstwa i nie była jeszcze publikowana. Wskazuje ona na nowy kontekst – w którym znalazły się zarówno system rodzinny, jak i system społeczny – wyznaczony podążaniem rodzin ku tzw. **modelowi niezależności**, który coraz silniej wpływa na życie zarówno członków rodzin, jak i całego społeczeństwa, przyczyniając się do:

- uznania autonomii i polegania na sobie jako fundamentalnej wartości w wychowaniu, czego skutkiem jest przypisywanie większego znaczenia wartościom jednostkowym, a nie relacyjnym;
- rozluźnienia struktury rodziny i do jej atomizacji;
- ograniczenia relacji wspólnotowych w relacjach rodzice–dzieci, dziadkowie–wnuki;
- osłabienia funkcji socjalizacyjnej i do funkcjonowania rodziców w relacjach niemających charakteru wychowawczego;
- dążenia do szybkiego usamodzielnienia się dzieci (Harwas-Napierała, 2010).



RYCINA 4.2

Funkcje rodziny według K. Walęckiej-Matyi

Źródło: opracowanie własne.

Przyjmuję następującą klasyfikację funkcji rodziny: **funkcja prokreacyjna, funkcja seksualna, funkcja ekonomiczna, funkcja opiekuńcza, funkcja socjalizacyjna, funkcja edukacyjna, funkcja emocjonalna** oraz **funkcja spójności** (ryc. 4.2). Uzasadnieniem dla oddzielnego potraktowania funkcji prokreacyjnej i seksualnej są poglądy wiążące się z przekonaniem, że prokreacja łączy się raczej ze sferą

biologiczną, natomiast potrzeby seksualne są składnikiem sfery społeczno-kulturowej (Biedroń, 2009).

Współcześnie w wypełnianiu **funkcji prokreacyjnej** zauważa się mniej chętne podejmowanie decyzji o poczęciu dziecka lub też jej odkładanie na późniejszy okres, co może wynikać ze wzrostu indywidualizmu jednostki, wysokiego zorientowania na wykształcenie i sukces zawodowy, ale również z obaw młodych par związanych z wysokimi kosztami wychowania potomstwa. Ponadto w XXI w. obserwuje się większy repertuar sposobów umożliwiających sterowanie realizacją tej funkcji, a także wyższy niż dawniej stopień społecznej akceptacji urodzeń w parach, które nie są formalnymi małżeństwami.

Aktualnie zmieniło się także znaczenie **funkcji seksualnej** w życiu małżeńskim. Pary rzadziej traktują relacje intymne jako prowadzące do poczęcia potomstwa, natomiast częściej jako źródło przyjemności. Przyczyniły się do tego dwa zjawiska: wyższy niż kilka dekad temu stopień równouprawnienia kobiet i mężczyzn w zakresie uzyskiwania satysfakcji seksualnej oraz to, że seks przestał być tematem tabu (Zawadzka, 2012). Z przeprowadzonych badań wynika, że współcześnie funkcja seksualna jest częściej spełniana nie tylko w parach, które dopiero zamierzają zawrzeć związek małżeński, ale również w takich, które zamierzają funkcjonować w związku kohabitacyjnym. Obserwacja rzeczywistości społecznej skłania do tezy, że zachowania te coraz częściej spotykają się ze społecznym przyzwoleniem (Janicka, 2011).

Opisując zadania rodziny związane z **funkcją ekonomiczną** wskazuje się na podejmowanie pracy zarobkowej przez dorosłych członków rodzin, w celu uzyskiwania środków materialnych, służących zaspakajaniu potrzeb bytowych rodziny.

Istotę **funkcji opiekuńczej** stanowi udzielanie pomocy, okazywanie troski i wsparcia członkom rodziny, którzy samodzielnie nie są w stanie o siebie zadbać lub znajdują się w trudnym położeniu życiowym. Zalicza się tu głównie działania związane z opieką nad małymi dziećmi, osobami przewlekle chorymi i starszymi. W ramach funkcji opiekuńczej można wyróżnić aspekt **niespecyficzny** oraz **specyficzny**. Pierwszy z tych aspektów (niespecyficzny) odnosi się do materialnego i fizycznego zabezpieczenia wymagających opieki członków rodziny. Natomiast specyficzny aspekt funkcji opiekuńczej jest charakterystyczny dla opieki

rodzinnej i wiąże się z jej atrybutami, do których zaliczane są: miłość bezwarunkowa, przynależność, bliskość, ważność, wyłączność statusu, klimat życia rodzinnego, poczucie bezpieczeństwa oraz oparcia w szerokim horyzoncie czasowym.

Cel **funkcji socjalizacyjnej** stanowi wprowadzenie dziecka w przestrzeń kulturową danego społeczeństwa oraz przygotowanie go do samodzielnego podejmowania i pełnienia ról społecznych.

Funkcja edukacyjna rodziny obejmuje procesy wychowania w środowiskach naturalnych oraz instytucjonalnych, zachodzące zarówno w sposób zamierzony, jak i nieintencjonalny.

Realizacja **funkcji emocjonalnej** związana jest głównie z dbałością o prawidłową, sprzyjającą dobrostanowi psychicznemu wszystkich członków rodziny atmosferę życia familijnego. Pozytywny klimat rodzinny umożliwia zaspokajanie potrzeb emocjonalnych oraz interakcje między poszczególnymi jednostkami tworzącymi system rodzinny.

Celem ostatniej z wyróżnionych w tej klasyfikacji funkcji, **funkcji spójności,** jest osiągnięcie oraz utrzymanie stanu koherencji wewnątrz rodziny (także rozszerzonej) oraz społeczności. Może się ona wyrażać w inicjowaniu procesów mobilizujących ludzi do udzielania sobie wsparcia, pobudzających do działań edukacyjnych, w kultywowaniu tradycji, dbałości o relacje międzypokoleniowe oraz w angażowaniu się w inicjatywy społeczne.

Przypisuję tej funkcji szczególnie istotne znaczenie w dobie kryzysu spójności systemu rodzinnego. Pojawiające się poczucie osamotnienia oraz braku bezpieczeństwa jest ceną, jaką człowiek płaci za zbyt szeroko rozwinięty indywidualizm, autonomię oraz otwarcie na zmianę. Realizacja funkcji spójności rodziny i społeczeństwa wiąże się z egzystowaniem we wspólnocie, co przekłada się na osiąganie pewnych korzyści, do których zaliczają się: doświadczanie poczucia bezpieczeństwa, redukcja stresu, wzajemność w udzielaniu sobie pomocy czy kolektywne spędzanie czasu.

W świetle przedstawionych rozważań można stwierdzić, że wszystkie dziedziny życia familijnego związane są z realizacją funkcji rodziny. Psychologowie uważają, że jeżeli rodzina nie wypełnia należycie którejś z przypisanych jej funkcji, to w jakimś stopniu ogranicza zakres swojego działania i wtedy jest określana mianem **dysfunkcjonalnej** (Ziemska, 1986; Plopa, 2011a; Rostowska, 2009a). Dysfunkcjonalność rodziny (funkcja

negatywna) wpływa bezpośrednio na członków rodziny, blokując ich potrzeby, które nie mogą być w pełni zaspokajane, oraz pośrednio na społeczeństwo, jeśli określona dysfunkcjonalność powtarza się częściej. Zaznacza się, iż funkcja negatywna rodziny może być całkowita bądź częściowa. **Dysfunkcjonalność całkowita** oznacza, że wystąpiło kompletne niepowodzenie w realizacji zadań rodziny, w związku z czym muszą ją w tym zastąpić inne osoby czy instytucje. Natomiast **dysfunkcjonalność częściowa** związana jest z trudnościami w realizacji tylko niektórych funkcji, np. emocjonalnej czy wychowawczej (Izdebska, 2000). Podkreśla się, że zjawiska związane z dezintegracją rodzin są zagrożeniem nie tylko dla nich samych, o czym może świadczyć wzrost skali sieroctwa społecznego, przestępczości dorosłych i młodzieży, zjawiska ekskluzji[3], poziomu osamotnienia czy liczby samobójstw.

4.5. Psychospołeczne uwarunkowania funkcji rodziny

Omawiając problematykę psychospołecznych determinant funkcji rodziny, warto zastanowić się nad rolą oraz „siłą" czynników rodzinnych i pozarodzinnych wpływających na jej korzystne funkcjonowanie lub powodujących jej dezintegrację (dysfunkcjonalność) (tab. 4.2).

TABELA 4.2

Psychospołeczne uwarunkowania funkcji rodzinnych

Determinanty wewnątrzrodzinne	Determinanty zewnętrzne
Osobowość małżonków (dojrzałość osobowa)	Transformacje społeczne, polityczne, ekonomiczne
Jakość związku małżeńskiego	Migracja ludności
Świadomość i umiejętności wychowawcze rodziców	Urbanizacja
Uznawane cele procesu wychowania i wzory wychowawcze	Rozwój wiedzy, techniki
Postawy rodzicielskie, style oddziaływań wychowawczych	Postęp i rozwój środków masowej komunikacji

Stan zdrowia członków rodziny	Praca zawodowa kobiet
Struktura rodziny	Zmiany w kulturze materialnej i duchowej

Źródło: opracowanie własne.

W pierwszej kolejności omówię grupę uwarunkowań determinujących realizację funkcji rodziny o charakterze wewnątrzrodzinnym. Skoncentruję się na roli dojrzałości osobowej oraz stanu zdrowia członków rodziny jako czynnikach mających szczególne znaczenie dla prawidłowego realizowania funkcji rodziny.

Doniosła rola **dojrzałości osobowej** małżonków wynika z faktu, iż nie tylko decyduje ona o stabilności, trwałości i spójności ich związku, ale także ich odpowiedzialne zachowania oraz postawy stanowią ważny model do naśladowania oraz identyfikacji dla ich dzieci. Omawiany rodzaj dojrzałości obejmuje swym zakresem wszystkie sfery życia psychofizycznego, warunkujące właściwy przebieg relacji interpersonalnych, tak w rodzinie, jak i poza nią (Obuchowska, 2008). W ujęciu Rostowskiej (2006) przyjmuje się, że dojrzałość osobowa obejmuje następujące elementy: **dojrzałość intelektualną, uczuciową, etyczno-moralną i system wartości** oraz **dojrzałość społeczną**.

Dojrzałość intelektualna charakteryzuje się przede wszystkim myśleniem realistycznym, a nie życzeniowym, które nie tylko prowadzi do adekwatnej oceny sytuacji, ale umożliwia także prawidłowe wnioskowanie. **Dojrzałość uczuciowa** wyraża się w umiejętności opanowania emocji i kontrolowania uczuć, odpowiednio do sytuacji bodźcowej.

Dojrzałość odnoszącą się do **zasad etyczno-moralnych** i **do systemu wartości** cechuje przestrzeganie powszechnie obowiązujących norm etyczno-moralnych oraz zdolność traktowania drugiego człowieka w sposób podmiotowy. **Dojrzałość społeczna** polega nie tylko na uznawaniu powszechnie akceptowanych norm społecznych, ale przede wszystkim na kierowaniu się nimi w życiu. Zaznacza się, że w małżeństwie egalitarnym pełnienie określonych funkcji na rzecz rodziny nie wynika raczej z wyznaczonych norm i zasad społecznych, lecz jest tworzone oraz modyfikowane w trakcje wzajemnych interakcji zachodzących między

partnerami. Dlatego ich poziom dojrzałości osobowej ma tak ogromne znaczenie dla jakości funkcjonowania systemu rodzinnego.

Poziom realizacji funkcji rodziny uwarunkowany jest także **stanem zdrowia jej członków**. Zdecydowanie stanowi on wielopłaszczyznowy czynnik kompleksowego oddziaływania na funkcje rodziny. Holistyczne traktowanie wszystkich funkcji rodziny staje się bardziej oczywiste w świetle definicji zdrowia, zaproponowanej w 1948 r. przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organisation, WHO). W tym ujęciu zdrowiem określa się nie tylko brak choroby lub niedomagania, ale stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego (WHO, 1999). Warunkiem powodzenia działań medycznych jest uruchomienie wszystkich sił w podstawowej strukturze (społecznej) zdrowotnej, jaką jest rodzina, przez odpowiednie stymulowanie jej funkcji. Obserwacja pozwala zauważyć, iż elementom triady medycznej: **profilaktyka–leczenie–rehabilitacja** odpowiadają realizowane przez rodzinę funkcje (Florek, 2005).

W zakresie **profilaktyki** prawidłowo realizowana przez rodziców funkcja socjalizacyjno-wychowawcza kształtuje u młodego pokolenia podstawowe nawyki higieniczne, zachowania medyczne, a także umożliwia przekazanie wiedzy medycznej. W ramach funkcji rekreacyjnej zapewniane są: codzienny i wakacyjny wypoczynek, zabawy ruchowe oraz aktywność sprzyjająca zachowaniu zdrowia. Funkcja emocjonalna, przejawiająca się w dbałości o prawidłowy rozwój emocjonalny i intelektualny oraz o zapewnienie higieny psychicznej życia rodzinnego, przyczynia się do zachowania równowagi psychicznej, w dużym stopniu odpowiedzialnej za poczucie dobrostanu.

W procesie **leczenia** rodzina spełnia następujące funkcje: opiekuńczo- -zabezpieczającą, emocjonalną, materialno-ekonomiczną, rekreacyjno-towarzyską oraz socjalizacyjną. Zaznacza się jednak specyficzny charakter realizowanych funkcji. Pierwsza z nich, opiekuńczo-zabezpieczająca, związana jest z sytuacją uzyskania diagnozy, z tworzeniem warunków zapewniających leczenie oraz proces zdrowienia. Ma ona na celu zaspokajanie potrzeb osób hospitalizowanych lub przewlekle chorych, podejmowanie prób samoleczenia, a także szukanie kompetentnej pomocy. Chory członek rodziny szczególnie w tym okresie potrzebuje wsparcia emocjonalnego, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, stosowania technik

obniżających poziom lęku i zagrożenia. Prawidłowe pełnienie funkcji emocjonalnej pozwala zaspokoić wymienione potrzeby chorego. W sytuacji braku zdrowia wyjątkowego znaczenia nabiera funkcja ekonomiczna. Przyczyniają się do tego wydatki związane z chorobą, bezpośrednie oraz pośrednie koszty leczenia, a także okresowe lub stałe zawieszenie podfunkcji zarobkowej w przypadku pracujących członków rodziny. Może to skutkować czasową lub trwałą zmianą wzoru konsumpcji (żywienie, wypoczynek, ubiór), na droższy, a podyktowany wymogami terapii. Widoczne zmiany ujawniają się także w zakresie realizowania funkcji rekreacyjno-towarzyskiej. Odnosi się ona do aktywności związanej z odwiedzinami chorych lub hospitalizowanych członków rodziny i z dostarczaniem im rozrywki. Socjalizacyjna funkcja rodziny wiąże się przede wszystkim z nabywaniem praktycznych umiejętności funkcjonowania w roli chorego.

W procesie **rehabilitacji** duże znaczenie ma prawidłowe pełnienie funkcji emocjonalnej przez rodzinę. Z punktu widzenia powracania chorego do zdrowia nadal ważne jest stwarzanie mu poczucia bezpieczeństwa oraz redukowanie lęku. Rodzina może w ten sposób przyczyniać się do kształtowania sytuacji psychologicznej pomagającej osobie rehabilitowanej w akceptacji własnego stanu zdrowia, a czasem nawet niepełnosprawności. W procesie rehabilitacji zwykle niezbędne są działania pielęgnacyjne oraz opieka fizyczna nad osobą poddaną rehabilitacji, co związane jest z reorganizacją struktury ról i obowiązków. Sytuacja ta wyznacza specyficzny charakter pełnienia funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej. Konieczność zapewnienia urządzeń oraz materiałów niezbędnych w procesie rehabilitacji rzutuje na dalsze zmiany w wydatkach, co wpływa na sposób pełnienia funkcji ekonomicznej. W zakresie funkcji rekreacyjno-towarzyskiej formy rekreacji skorelowane są z rodzajem niepełnosprawności. Podejmowana aktywność towarzyska ma zaspokajać potrzebę oddźwięku społecznego, zapobiegając izolacji wywołanej nietolerancją czy stygmatyzacją, a także sprzyjać rozładowywaniu napięć psychicznych powstałych poza środowiskiem rodzinnym (Florek, 2005).

Reasumując – stan zdrowia członków rodziny stanowi czynnik modyfikujący pełnienie funkcji rodzinnych i związane z nimi oczekiwania. Pewne funkcje zyskują na znaczeniu, inne są redukowane, a pozostałe ulegają znacznemu poszerzeniu i charakteryzują się odmienną specyfiką niż

w innych rodzinach. Nie wszystkie zatem funkcje i w niejednakowym stopniu są zaangażowane w szeroko rozumianym procesie leczenia. Podkreśla się, że opieka rodzinna odbywa się w ramach więzi emocjonalnych i intelektualnych. Zakłócenia tych więzi przez chorobę mają zawsze co najmniej wymiar rodzinny, wywołując na ogół duży stres u zdrowych członków systemu rodzinnego. Osoby wykonujące w rodzinie zadania przypisane funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej, jeśli robią to we właściwy sposób, przyczyniają się do utrzymywania na odpowiednim poziomie **homeostazy** (**równowagi**) **rodzinnej**, warunkującej jakość życia w systemie rodzinnym.

Do drugiej grupy determinant – obok czynników o charakterze wewnątrzrodzinnym, pozostających w ścisłym związku z realizacją funkcji małżeńsko-rodzinnych – należą **uwarunkowania zewnętrzne**: transformacje społeczne, polityczne, ekonomiczne, migracja ludności, urbanizacja, rozwój wiedzy, techniki, praca zawodowa kobiet, postęp i rozwój w środkach masowej komunikacji oraz zmiany w kulturze materialnej i duchowej. Wobec tak wielu czynników destabilizujących trwałość oraz spójność rodziny, wszelkie próby uchwycenia całości determinant przyczyniających się do powstawania oraz nasilania zjawisk patologicznych są mało realne. Rostowska (2009a) podkreśla, że podstawowym czynnikiem zewnętrznym, mającym wpływ na sposób i zakres realizacji funkcji rodziny, **jest prorodzinna polityka państwa**, która zapewnia rodzinie ochronę prawną w zakresie dóbr materialnych i poszanowanie godności osobistej człowieka, ochronę przed patologizacją życia rodzinnego, dostęp do prawdziwych oraz rzetelnych wyników badań, a także do informacji na temat różnych obszarów życia rodzinnego, względnie stabilne miejsca pracy i godziwe płace oraz troskę o godne warunki socjalno-bytowe, tj. warunki mieszkaniowe, placówki oświatowe, kulturalne i placówki służby zdrowia.

Reasumując, możliwość pełnej oraz rzetelnej realizacji psychologicznych funkcji rodziny zależna jest od czynników zarówno wewnątrzrodzinnych, jak i zewnętrznych, pozarodzinnych.

Przypisy

[1] **Rodzina tradycyjna** to specyficzny typ rodziny, gdzie władzę decyzyjną i sprawczą posiada ojciec, będący jednocześnie żywicielem i reprezentantem rodziny na zewnątrz. Matka zaś zajmuje się wychowywaniem potomstwa oraz domem (Janicka, 2011).

[2] **Model małżeństwa dwu karier** to model, w którym kariera zawodowa jest realizowana przez oboje małżonków w warunkach konkurencyjnego rynku pracy i konkurencyjnych form zatrudnienia. Rzeczywistość zawodowa małżonków wiąże się z jednej strony z częstą zmianą stanowisk, rozwojem (awansem), obciążeniem dużą odpowiedzialnością, a z drugiej strony z brakiem stabilności zatrudnienia (Carter, 1997).

[3] **Zjawisko ekskluzji** to wykluczenie obejmujące swym zasięgiem sferę ekonomiczną, społeczną, polityczną, kulturową. Osoby wykluczone nie mają możliwości uczestniczenia w różnych dziedzinach życia społecznego (Saraceno, 2002).

Rozdział 5

Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania

Hanna Liberska, Mirosława Matuszewska

5.1. Modele rodziny
    5.1.1. Klasyfikacja modeli funkcjonowania rodziny
5.2. Styl wychowania
    5.2.1. Pojęcia podstawowe: wychowanie, styl wychowania
    5.2.2. Rodzaje stylów wychowania
5.3. Modele funkcjonowania rodziny a style wychowania

Rodzina jest podstawowym systemem społecznym cechującym się określoną strukturą wyznaczoną przez liczbę osób w rodzinie i łączące je relacje. Relacje te kształtują strukturę i funkcjonowanie mikrosystemu rodziny w teraźniejszości, tym samym współtworząc jej przyszłość. Każda rodzina ma również swoją trajektorię rozwojową w makrosystemie i jednocześnie pozostaje w związkach z innymi mikrosystemami i systemami rzędów pośrednich, czyli z mezosystemem i egzosystemem (Bronfenbrenner, 1979)[1].

Funkcjonowanie rodziny w ujęciu systemowym – przypomnijmy – regulują trzy zasady: całościowości, ekwifinalizmu i cyrkularności (szersze omówienie w rozdz. 1, cz. I). Zgodnie z **zasadą całościowości** mikrosystem rodziny jest czymś więcej niż sumą elementów składowych. Stąd wniosek, że rodziny nie możemy traktować jako zbioru osób, gdyż jej istotą są dynamicznie rozwijające się interakcje [2]. **Zasada ekwifinalizmu** zakłada, że te same skutki mogą być wywołane przez różne przyczyny i na odwrót: te same przyczyny mogą prowadzić do różnych skutków w zależności od systemu. Ta druga zależność bywa określana w literaturze jako zasada ekwipotencjalności (Ryś, 2004). **Cyrkularność** natomiast obrazuje dwukierunkowość i wzajemność oddziaływań subsystemów funkcjonowania w ramach danego systemu w diadach, triadach itd. (Liberska, Matuszewska, 2011).

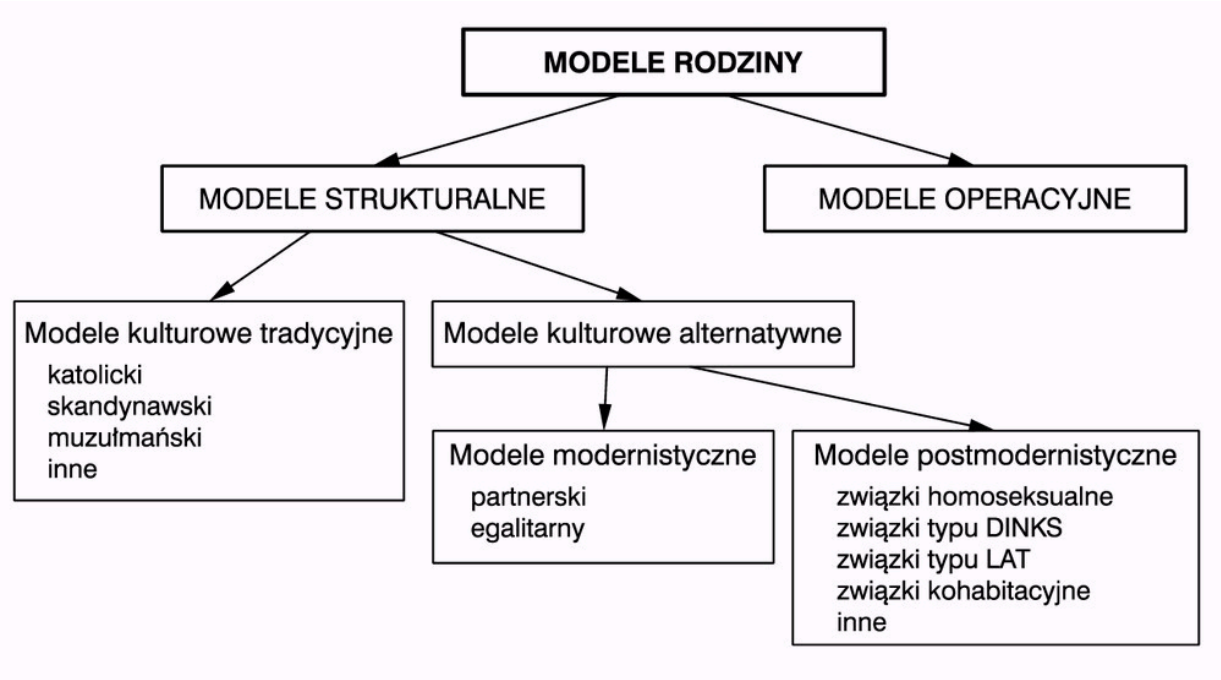
Wymienione zasady mogą być wykorzystane do analizy i pełniejszego zrozumienia procesów zachodzących w systemie rodziny i w jej subsystemach. Najczęściej wyróżnia się następujące subsystemy: (1) układ interakcji i stosunków między małżonkami, (2) układ stosunków rodzic–dziecko/dzieci, (3) układ stosunków między dziećmi (rodzeństwem) itd.

5.1. Modele rodziny

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele odmian/klasyfikacji modeli rodziny. Ta różnorodność podejść do problematyki rodziny – w tym opisu modeli – stwarza z jednej strony wiele możliwości wyboru modelu użytecznego z punktu widzenia planowanych badań i interpretacji ich wyników, ale z drugiej strony może powodować trudności natury terminologicznej.

5.1.1. Klasyfikacja modeli funkcjonowania rodziny

Modele funkcjonowania rodziny proponujemy podzielić na dwie grupy: (1) modele strukturalne i (2) modele operacyjne.



RYCINA 5.1

Dychotomiczna klasyfikacja modeli rodziny

Źródło: opracowanie własne.

Modele strukturalne

Podstawową jednostką analizy jest tu: (1) liczba osób w rodzinie, (2) liczba pokoleń w rodzinie oraz (3) hierarchia władzy w rodzinie. Na tej podstawie wyróżnia się dwa podstawowe modele rodziny: kulturowe tradycyjne i kulturowe alternatywne. Model rodziny tradycyjnej zawiera przynajmniej trzy pokolenia, co skutkuje dużą liczbą członków rodziny. Struktura władzy jest tu typu hierarchicznego, występuje wyraźny podział funkcji zróżnicowany ze względu na płeć i wiek. Rodzina jest podporządkowana władzy ojca (patriarchat) lub matki (matriarchat). Historycznie funkcje rodzinne i produkcyjne były ze sobą powiązane. Rozwój tego modelu rodziny jest związany z epoką preindustrialną (Tyszka, 2003), chociaż wiele współczesnych rodzin nadal tak funkcjonuje (Szlendak, 2011). Prace domowe i opieka nad dzieckiem są nadal domeną kobiet. Rolą mężczyzny jest zapewnienie rodzinie bezpieczeństwa

ekonomicznego i fizycznego oraz stanie na straży dziedzictwa kulturowego (systemu wartości i norm obowiązujących w danej kulturze). W rodzinie tradycyjnej odmiennie przebiega proces socjalizacji dziewcząt i chłopców przygotowujący ich do pełnienia ról kobiecych i męskich. Dzięki temu transmisja dziedzictwa kulturowego przebiega bez zakłóceń, gwarantując ciągłość i powtarzalność tradycyjnego modelu rodziny.

Emancypacja kobiet, większa dostępność do edukacji, zwiększająca się ich aktywność zawodowa uruchomiły proces zmian w życiu rodziny, czemu sprzyjał rozwój cywilizacyjny. W konsekwencji model tradycyjny zaczął się przekształcać i nadal stopniowo się przekształca w kierunku modelu modernistycznego. Zanika podział ról rodzinnych na typowo męskie i kobiece oraz w kierunku partnerstwa przekształca się struktura władzy w rodzinie. Spłaszczenie hierarchii władzy, osłabienie znaczenia czynnika płci w podziale funkcji, mniejsza liczba osób oraz pokoleń w rodzinie (przeważa rodzina dwupokoleniowa) są znamionami modeli modernistycznych. Procesy prowadzące do ukształtowania się tego modelu nasiliły się w 2 połowie XX w. Zgodnie z zaproponowanym podziałem dychotomicznym, do grupy modeli strukturalnych zalicza się modele kulturowe tradycyjne i modele kulturowe alternatywne.

Modele kulturowe tradycyjne

Modele funkcjonowania rodzin w wybranych kulturach

Modele te rozwinęły się w różnych kulturach na bazie specyficznych dla nich systemów religijnych. Zgodnie z podejściem systemowym, rodzina funkcjonuje w granicach szerszych systemów społecznych, a na jej strukturę wpływają zatem wartości, normy, zwyczaje, obyczaje obowiązujące w danej kulturze. Obserwuje się, że społeczności – nie tylko europejskie, ale i amerykańskie – stają się coraz bardziej różnorodne kulturowo. Tę różnorodność można pojmować dwojako: (1) jako konsekwencję migracji z jednej kultury do drugiej, co wiąże się z wtapianiem migrującej rodziny w nową kulturę, i (2) jako wynik wtapiania, przenikania kultur rodzin pozostających we względnie bliskich kontaktach. Podstawowymi czynnikami sprzyjającymi przenikaniu się kultur i tworzeniu się nowych wzorów interakcji są: bliskość emocjonalna, terytorialna oraz częstość wzajemnie gratyfikujących kontaktów. W związku z tym struktura rodziny i wzory interakcji występujące we współczesnych rodzinach będą różnić się w zależności od ich kulturowego dziedzictwa oraz decydować o wyjątkowości każdego systemu rodzinnego.

Na gruncie psychologii rodziny do najlepiej poznanych modeli tradycyjnych należą: model katolicki, skandynawski, muzułmański, latynoski i azjatycki[3].

Katolicki model rodziny zawiera trzy zasadnicze elementy:

- rodzina to społeczność naturalna, tzn. składająca się z mężczyzny i kobiety, którzy przez wzajemną miłość dają nowe życie;
- rodzina oparta jest na nierozerwalnym sakramentalnym związku;
- sakrament małżeński określa podstawowe zasady relacji małżeńskiej, która powinna zakładać wzajemną miłość, wierność i uczciwość.

Małżonkowie powinni wzajemnie się uzupełniać, tworząc związek komplementarny. Podstawowe zasady obowiązujące w rodzinie jasno precyzuje Katechizm Kościoła Katolickiego, podkreślający szczególne znaczenie dzieci w rodzinie. Nauka Kościoła katolickiego jest przeciwna wolnym związkom, poligamii, cudzołóstwu, związkom homoseksualnym i rozwodom, które traktowane są jako złamanie przysięgi małżeńskiej.

Podstawowym autorytetem w rodzinie jest mężczyzna – ojciec. Dostarcza on wzorów postępowania, dyscyplinuje rodzinę (nagradza i karze), odpowiada za jej bezpieczeństwo ekonomiczne i fizyczne. Jednakże przemiany rynku pracy i obyczajowości (jak np. rewolucja seksualna) przyczyniają się do przekształceń tego tradycyjnego modelu rodziny i osłabienia instytucji małżeństwa i rodziny. Wspólnotowość rodziny traci na rzecz indywidualizmu i pluralizmu kulturowego. Dalszy kierunek transformacji katolickiego modelu rodziny trudno jest w tym momencie w sposób odpowiedzialny prognozować.

Model skandynawski kształtował się w szczególnych warunkach geograficzno-kulturowych, w surowym klimacie, pewnej izolacji, których skutkiem była mała gęstość zaludnienia i oddalenie przestrzenne skupisk ludzkich. Tradycyjna rodzina opiera się tu na zasadach Kościoła protestanckiego. Zgodnie z jego ideologią, rodzina stanowi podstawową instytucję społeczną. Jej wysoka pozycja w świadomości społecznej jest też konsekwencją klanowej struktury społeczeństwa wikingów. Cechą narodów skandynawskich jest wysoka pozycja kobiet i ich niezależność; jest to również spuścizna historyczna po społeczeństwie wikingów. W tradycyjnym modelu skandynawskiej rodziny kobieta nierzadko była głową rodziny (matriarchat) i na niej ciążyła odpowiedzialność za funkcjonowanie rodziny. Obecnie, kiedy oboje rodzice pracują, państwo przejęło wiele funkcji właściwych rodzinie, a niemal całkowicie kontrolę nad wychowaniem dzieci. Współcześnie formalną rodzinę wspierają również prorodzinne programy rządowe, obejmujące ułatwienia dotyczące łączenia pracy z opieką nad dzieckiem (urlopy rodzicielskie,

rozbudowa systemu opieki przedszkolnej i zabezpieczenia finansowe – dodatek na dziecko dla wszystkich rodzin posiadających dzieci). Efektem tej polityki prorodzinnej jest wzrost dzietności w całej Skandynawii. Można by zatem spodziewać się, że wysoki przyrost demograficzny jest związany z tradycyjnym modelem rodziny. Jednakże aktualna kondycja rodziny w krajach skandynawskich odbiega od wzorca tradycyjnego. Na przykład w Szwecji zaledwie 18% małżeństw jest trwałych, a 60% dzieci rodzi się w związkach pozamałżeńskich, natomiast 20% jest wychowywanych przez samotnych rodziców. W ostatnich dziesięcioleciach pojawia się coraz więcej „alternatywnych form rodzin", mieszkających razem lub oddzielnie, również tworzonych przez partnerów tej samej płci (duński parlament, podobnie jak szwedzki, norweski i islandzki, zalegalizował związki homoseksualne). W świetle prawa pary homoseksualne mogą wychowywać dzieci, a pary lesbijskie mogą dokonywać zapłodnienia in vitro na koszt państwa. Łatwość uzyskania rozwodu powoduje, że obok tradycyjnego modelu rodziny pojawiają się tzw. plastikowe rodziny powstałe po kilku rozwodach. Dziecko w takiej rodzinie ma kilka matek i kilku ojców oraz liczne rodzeństwo. Struktura takich poszerzonych systemów rodzinnych jest bardzo rozbudowana, relacje skomplikowane, podobnie jak sytuacja wychowawcza. W kulturze skandynawskiej rodzina tradycyjna jest współcześnie tylko jedną z form wspólnego życia.

Model muzułmański – strukturę i zasady funkcjonowania rodziny muzułmańskiej reguluje Koran. Tradycyjny model rodziny muzułmańskiej ma silne oparcie nie tylko w religii, ale także w przepisach prawa islamskiego, które są wyznaczone przez świętą księgę islamu. Struktura rodziny muzułmańskiej może być rozbudowana, gdyż prawo zezwala mężczyźnie na posiadanie czterech żon i konkubin. Hierarchia władzy w rodzinie jest ściśle określona: głową rodziny jest mężczyzna, który jest autorytetem w każdej dziedzinie życia rodzinnego. Jest on odpowiedzialny za przestrzeganie przez członków rodziny systemu wartości wyznaczonego przez Koran i sprawuje kontrolę nad funkcjonowaniem rodziny, w tym nad seksualnością kobiet, troszczy się o bezpieczeństwo ekonomiczne. Zatem rodzina muzułmańska ma charakter patriarchalny. Pozycję kobiety określa macierzyństwo, z tytułu opieki nad dzieckiem ma ona prawo do szacunku i łagodnego traktowania. Jako matce przyznaje jej się pierwszeństwo przed ojcem, ale ta szczególna pozycja jest zagwarantowana jedynie w ramach rodziny. Do jej zadań należy prokreacja, troska o męża, dzieci i dom. Im liczniejsze ma potomstwo, tym wyższą zajmuje

pozycję w rodzinie. Zawarcie związku małżeńskiego jest priorytetem każdego młodego mężczyzny i każdej młodej kobiety.

Modele kulturowe alternatywne

Zmiany dokonujące się w rodzinie nie pozwalają na precyzyjne, jednoznaczne zdefiniowanie jej istoty (struktury, rodzaju podstawowej więzi, zadań, podziału funkcji i in.), można natomiast stwierdzić, że zwiększa się wachlarz form wspólnego lub częściowo wspólnego życia. Pojawia się coraz więcej kulturowych alternatywnych modeli rodziny. Rodzina rozumiana jako formalny związek kobiety i mężczyzny wiodących wspólne życie wraz ze swymi dziećmi, powoli staje się tylko jednym z alternatywnych modeli.

Podstawową przyczynę przemian życia małżeńsko-rodzinnego upatruje się w zmianach hierarchii wartości: najważniejszą wartością stał się rozwój indywidualny, a nie wartości rodzinne. Indywidualizacji sprzyja mnogość możliwych do wyboru dróg rozwoju i sposobów życia. Za tym idzie osłabienie, spadek kontroli społecznej ze strony rodziny i środowiska lokalnego, anonimowość życia. Wszystko to, wraz z postępującą laicyzacją świadomości, powoduje rozluźnienie norm moralnych i deprecjację niektórych wartości, w tym wartości rodzinnych (Kwak, 2005). Jedną z takich wartości, która ulega osłabieniu, jest trwała, pozytywna więź małżeńska. Dominująca wartość indywidualizacji przyczynia się też do ograniczenia lub odrzucenia odpowiedzialności za innych, a nawet odpowiedzialności za siebie. Koncentracja na potrzebach osobistych może prowadzić jednostkę do opowiedzenia się za alternatywnymi formami życia rodzinnego. Dodatkowym czynnikiem, który może sprzyjać takim wyborom, jest sytuacja ekonomiczna – zarówno zła, jak i bardzo dobra. Niepokój jednostki o możliwość zabezpieczenia bytu sobie i najbliższym – w pierwszym przypadku, i niepokój o konieczność podzielenia swego czasu i budżetu, czego skutkiem może być ograniczenie zaspokojenia potrzeb osobistych – w drugim.

Przemiany życia małżeńsko-rodzinnego obejmują zatem nastawienie na samorozwój i samospełnienie, trwałość więzi i siłę norm moralnych regulujących pożycie w rodzinie.

Indywidualizm – nabierający znaczenia jako wartość – pociąga za sobą całą lawinę przemian życia małżeńsko-rodzinnego, czego wyrazem jest kształtowanie się modeli modernistycznych i postmodernistycznych.

Modele modernistyczne ukształtowały się w toku związanych z nasilającym się indywidualizmem zmian modeli kulturowych tradycyjnych. Źródeł tego indywidualizmu można poszukiwać w przemianach cywilizacyjnych

i kulturowych, które nie tylko rozszerzyły perspektywy rozwoju indywidualnego, ale też wydłużyły je w czasie. Przemiany te w szczególnym stopniu dotyczą kobiet. Zwiększył się m.in. repertuar ról kobiet, które obecnie coraz częściej pełnią nie tylko rolę żony i matki, ale też pracownika, działacza społecznego, polityka itp. Współcześnie role rodzinne przestały być spostrzegane w sposób schematyczny, jako jednoznacznie przypisane do płci. Zachwiały się stereotypy rodzinnych ról kobiet i mężczyzn. Przemiany te dotknęły też współczesnych ról przypisywanych dzieciom w rodzinie. W kategorii modeli modernistycznych wyróżniamy model partnerski i egalitarny. Porównanie **modelu partnerskiego** z modelami tradycyjnymi pokazuje kilka zasadniczych różnic. W modelach tradycyjnych zadanie utrzymania rodziny realizuje mężczyzna, a w modelu partnerskim również żona. Opieka i wychowywanie dzieci w modelach tradycyjnych jest zadaniem kobiety, a w modelu partnerskim jest to także zadanie mężczyzny. Zatem w modelu partnerskim oboje małżonkowie podejmują takie same zadania, ale wkład każdego z nich w ich realizację zależy od ich kompetencji, możliwości psychofizycznych. Toteż mówi się o przedefiniowaniu ról kobiecych i męskich. Małżonkowie troszczą się o to, aby równo rozłożyć ciężar obowiązków rodzinnych przy zachowaniu równości praw. Istotą modelu partnerskiego jest zatem symetria (por. Sztompka, 2002) i komplementarność zadań kobiety i mężczyzny w rodzinie. Planowanie życia rodziny i podejmowanie decyzji w sprawach rodzinnych jest wspólne. Dąży się też do zrównania pozycji zajmowanych przez kobietę i mężczyznę w strukturze rodziny, a przede wszystkim małżeństwa, zatem zmiany obejmują także układ pozycji i władzy. Model partnerski cechuje się więc zmienioną strukturą władzy i demokratycznym sposobem zarządzania życiem rodziny w porównaniu z modelem tradycyjnym. Relacje małżeńskie i rodzinne nasycone są wzajemnie pozytywnymi emocjami. Szczególną wagę przykłada się do szacunku dla podmiotowości wszystkich członków rodziny. Warunkiem koniecznym funkcjonowania rodziny zgodnie z modelem partnerskim jest otwarta komunikacja. W literaturze przedmiotu dość często zamiennie stosuje się terminy „partnerstwo” i „egalitaryzm” w odniesieniu do życia małżeńsko-rodzinnego. Szczególnie trudno jest znaleźć definicję **modelu egalitarnego** rodziny. Należy rozważyć, jak może się przejawiać egaliztaryzm w pełnieniu obowiązków rodzinnych i jakie w związku z tym są oczekiwania wszystkich członków rodziny. Egalitaryzm (fr. *egalitaire*, czyli dążący do równouprawnienia)[4] w odniesieniu do obowiązków rodziny oznaczałby wykonywanie takich samych obowiązków rodzinnych przez wszystkich

członków rodziny – niezależnie od płci, wieku i możliwości. Egalitaryzm przeniesiony ze strefy życia społeczno-politycznego na sferę życia rodzinnego może doprowadzić do konfliktu między małżonkami. Żona – oczekując egalitaryzmu – może wymagać od męża wykonywania dokładnie tych samych obowiązków, jakie wykonuje ona; podobne oczekiwania względem żony może mieć mąż. Oczekiwania egalitaryzmu w rodzinie mogą prowadzić do absurdalnych sytuacji. Na przykład żona oczekuje, że mąż przygotuje świąteczny obiad, a mąż oczekuje, że żona w tym czasie wywierci za pomocą wiertarki udarowej otwory w ścianie do zawieszenia dekoracji świątecznych – chociaż oboje nie mają komptencji do wykonania tych prac. Model egalitarny funkcjonowania rodziny nie uwzględnia komplementarności ról, która jest istotną cechą modelu partnerskiego.

Funkcjonowanie rodziny zgodnie z modelem egalitarnym może być wskaźnikiem niedojrzałości kobiety i mężczyzny, przyczyną nieporozumień oraz braku satysfakcji ze wspólnego życia. Chociaż zasadza się na dążeniach do realizacji idei demokratycznych, do osiągnięcia pełni rozwoju osobowego i jego totipotencjalności, to w istocie może prowadzić do ograniczenia rozwoju indywidualnego jednostek (zmuszając je do podejmowania zadań nieadekwatnych pod względem posiadanych zasobów psychofizycznych). Zgodnie z przedstawioną analizą, model egalitarny można traktować jako niedojrzałą postać modelu partnerskiego. Nierzadko w taki sposób starają się uporządkować życie rodzinne osoby młode, pozbawione wzorów harmonijnego współżycia w rodzinie lub odrzucające wzory wyniesione z rodziny pochodzenia, która była dla nich źródłem doświadczeń urazowych. Egalitaryzm nie sprawdza się w życiu rodzinnym, chociaż jest piękną ideą dotyczącą życia społeczno-politycznego.

Modele postmodernistyczne odrzucają formalne, prawne zasady regulujące życie małżeńskie, ukazując wielość alternatnywnych form bliskich związków. Transformacja współczesnej rodziny wynika z akceptacji idei indywidualizacji i deinstytucjonalizacji. Modele postmodernistyczne są wyrazem takich cech współczesnej rodziny, jak otwartość i złożoność (Elkind, 1995). Otwartość rodziny jest konsekwencją słabych granic między systemem rodziny a światem zewnętrznym. Prowadzi do osłabienia relacji i więzi emocjonalnych podsystemów wewnątrz systemu rodziny. Miłość kontraktowa zastępuje miłość romantyczną, która występuje w małżeństwach modernistycznych. Brak jest harmonii ról i funkcji rodzinnych, przez co rodzina nie jest w stanie realizować przypisanych jej zadań – ani w sposób tradycyjny, ani w sposób komplementarny. Rozbiciu ulega też układ pozycji w rodzinie i zaburzona jest

w niej struktura władzy. Stosunki między rodzicami i dziećmi stają się mniej formalne. Rodzina postmodernistyczna jest bardziej skoncentrowana na rodzicach niż na dzieciach (parentocentryzm; *the king pair with child*) w odróżnieniu od rodziny modernistycznej, bardziej skoncentrowanej na dzieciach (infantocentryzm; *the king child with parents*). Większa jest także koncentracja na rozwoju osobistym (edukacja, praca zawodowa, kariera). Przekłada się to w szczególny sposób na wychowanie dzieci: niejednokrotnie dziecko traktowane jest jak osoba dorosła. Słabość granic, ich przepuszczalność, umożliwia też ingerowanie systemów zewnętrznych w życie rodziny (rodzina przepuszczalna). Stąd zaburzona zostaje równowaga między rodziną a jej środowiskiem zewnętrznym, a także utrudnione jest kształtowanie się tożsamości jednostkowej i rodzinnej.

Polimorfizacja modeli rodziny jest odbiciem przeobrażeń życia społecznego i przemian kulturowych. Kategoria modeli alternatywnych obejmuje związki kohabitacyjne, homoseksualne, związki typu LAT, patchworkowe, DINKS, rodziny singli i inne (Szlendak, 2011; Paprzycka, 2008; Żurek, 2008; Janicka, 2006). Niemal wszystkie wymienione rodzaje związków mają z punktu widzenia prawa charakter nieformalny. **Związki kohabitacyjne** tworzą pary heteroseksualne prowadzące wspólne gospodarstwo domowe (patrz rozdz. 2, cz. II). **Związki patchworkowe** (wielorodzina) stanowią złożony układ społeczny obejmujący byłe żony i byłych mężów z aktualnymi żonami i mężami, wspólne dzieci, dzieci z innych związków, wnuki itd. (por. Szlendak, 2011). Cechą charakterystyczną są tu dobre relacje między wszystkimi (patrz rozdz. 4, cz. II). **Związki typu LAT** (*living apart together*; bycie osobno razem) tworzą ludzie, którzy mimo trwałego emocjonalnego zaangażowania nie decydują się na wspólne zamieszkanie. Bywa, że związek taki ma charakter formalny (tzw. małżeństwo na odległość, małżeństwo wizytowe). **Związek typu DINKS** (*double incom no kids*; podwójny dochód, żadnych dzieci) to związek formalny tworzony przez pary, które nie decydują się na posiadanie dzieci (lub odsuwają tę decyzję na czas nieokreślony), lecz koncentrują się na karierze osobistej. Bywa określany jako rodzina podwójnych/równoległych karier (*dual career family*). **Singlami**, w psychologii rodziny nazywane są układy rodzinne złożone z jednego rodzica i jego dziecka/dzieci (por. Żurek, 2008; Paprzycka, 2008). **Związki homoseksualne** tworzone są przez dwóch mężczyzn lub dwie kobiety, mieszkających razem i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe. Polskie prawo nie dopuszcza sformalizowania takich zwiazków ani adopcji przez nie dzieci.

Dyskusyjny jest zarzut wysuwany przez niektóre środowiska wobec postmodernistycznych form życia rodzinnego, że mieszają się w nich kultury i cywilizacje. Podobnie zarzut, że indywidualizm prowadzi do rozpadu tradycyjnych więzi, w tym rodzinnych, i w konsekwencji do atomizacji społeczeństw, może być kontrowersyjny.

Współcześnie występują wszystkie kategorie rodzin: tradycyjne, modernistyczne i postmodernistyczne. Mimo wielości formalnych różnic między nimi, zasadniczą łączącą je cechą jest dążenie ludzi do tworzenia mniejszych lub większych **wspólnot.** Motywacje do tworzenia związków są wielorakie: biologiczne (seks, prokreacja), ekonomiczne, społeczne (podniesienie statusu), kulturowe (wspólne przeżywanie, współodczuwanie, ucieczka przed samotnością), towarzyskie.

Nasuwa się pytanie o konsekwencje wychowawcze wynikające ze sposobu funkcjonowania rodziny w określonym modelu. Kwestię tę szerszej omówimy w dalszej części rozdziału.

Modele operacyjne

Modele włączone do tej kategorii występują w podejściu systemowym do rodziny. Kryterium włączenia modelu do operacyjnych jest potencjalna możliwość zastosowania go w badaniach funkcjonowania rodzin i w terapii rodzin. Do modeli operacyjnych zalicza się:

- model kołowy Olsona;
- model Beaversa;
- model Minuchina;
- model McMastera;
- model Bowena.

Model kołowy Olsona umożliwia określenie jakości funkcjonownia systemu rodziny. Olson wraz ze współpracownikami proponują analizowanie systemu rodziny za pomocą trzech podstawowych wymiarów: spójności, elastyczności i komunikacji[5]. Z modelem tym związana jest skala FACS IV, która jest kolejną wersją narzędzia pomiarowego do badania wymiarów systemu rodziny. **Spójność** (*cohesion*) odnosi się do siły więzi emocjonalnej między członkami systemu rodziny. Wskaźnikami spójności są: wzajemna bliskość emocjonalna, jakość psychologicznych granic między podsystemami, obecność koalicji, wspólnie spędzany czas, wspólne zainteresowania i wspólny krąg przyjaciół (Margasiński, 2006). Z kolei **elastyczność** (*flexibility*) odnosi się do zakresu zmian, do jakich dochodzi w systemie, dotyczących przywództwa i podziału ról

(Olson, Gorall, 2006). Termin ten zastąpił wcześniej używane pojęcie „zdolność przystosowania”. **Komunikacja** (*communication*) rozumiana jest jako umiejętność porozumiewania się w danym systemie.

Model Olsona obejmuje sześć typów rodzin: zrównoważony, sztywno-spójny, pośredni, elastycznie niezrównoważony, chaotycznie niezwiązany i niezrównoważony.

Model Beaversa zawiera dwa wymiary: kompetencję i styl, które różnicują funkcjonowanie systemu rodziny. Przez **kompetencję** rozumie się zdolność systemu do zarządzania życiem rodzinnym. Natomiast **wymiar stylu** w modelu Beaversa dotyczy stopnia bliskości emocjonalnej *versus* dystansu, które ujawniają się w relacjach rodzinnych. W ramach modelu można wyróżnić rodziny dośrodkowe lub odśrodkowe oraz rodziny o wysokim lub niskim poziomie organizacji (Beavers, Hampson, 2000; Plopa, 2007a).

Model Minuchina (Minuchin, 1972, jest twórcą strukturalnej terapii rodzin; *structural family therapy*) jest jednym z wielu znajdujących zastosowanie w terapii rodzin. Zwraca się w nim szczególną uwagę na granice systemu rodziny i na podsystemy, na wzorce komunikacji i interakcji oraz na podział władzy. Na podstawie stopnia adaptacji systemu rodziny do różnych czynników stresogennych można ocenić, czy rodzina jest funkcjonalna czy dysfunkcjonalna (Seligman, 2004). Krytycy Minuchina zarzucają jego teorii nadmierną koncentrację na systemie rodziny przy pominięciu jej interakcji z innymi systemami społecznymi (Vetere, 2001).

Model McMastera opisuje strukturę, organizację i wzory interakcji w rodzinie zgodnie z ogólną teorią systemu (Epstein, Bishop, Levin, 2007; Plopa, 2007a). Zgodnie z nim, rodzina powinna kierować się trzema zadaniami rozwojowymi: (1) zapewnieniem podstawowych środków do życia, (2) przyjmowaniem odpowiedzialności za prawidłowy rozwój każdego członka systemu w różnych okresach życia, (3) efektywnym zarządzaniem w sytuacjach trudnych różnego typu. Zdrowe funkcjonwanie rodziny uwarunkowane jest prawidłowym wywiązaniem się z tych zadań. To funkcjonowanie mierzone jest na sześciu wymiarach: rozwiązywanie problemów, komunikacja, sposób realizacji ról, reaktywność emocjonalna, uczuciowe zaangażowanie i kontrola zachowania. Na ich podstawie można ocenić funkcjonowanie rodziny jako normalne lub jako zaburzone. Model jest użyteczny w terapii rodzin (Ryan i in., 2005).

Model Bowena proponuje wyjaśnienie mechanizmu transmisji i dziedziczenia doświadczeń w wielu następujących po sobie generacjach rodziny (Bowen, 1978). Doświadczenia te uwidaczniają się we wzorach funkcjonwania kolejnych

pokoleń. Autor przyjął tezę o znaczącym wpływie wczesnodziecięcych doświadczeń jednostki na rozwój jej tożsamości i na jej przyszłe relacje w dorosłości. Teoria ta umożliwia zrozumienie kształtowania się rodzinnych interakcji oraz transmisji doświadczeń w systemie wielogeneracyjnej rodziny (patrz też rozdz. 8, cz. I). Podstawowym pojęciem jest tu „różnicowanie". W odniesieniu do jednostki procesy różnicowania dotyczą zdolności wyrażania swojej indywidualności i niezależnego działania w warunkach więzi emocjonalnej z innymi członkami rodziny. W odniesieniu do systemu rodzinnego proces różnicowania dotyczy wzorców zachowań, interakcji w rodzinie, klimatu emocjonalnego i innych aspektów jej życia. Bowen wyraża przekonanie, że jednostki ze słabo zróżnicowanych rodzin mogą być „obciążone" nierozstrzygniętymi problemami w rodzinie pierwotnej, a konsekwencją tego może być destruktywny wpływ na ich funkcjonowanie osobiste i na funkcjowanie zakładanych przez nie rodzin. Rodziny można uporządować na kontinuum: od dobrze zróżnicowanej do słabo zróżnicowanej. W rodzinach dobrze zróżnicowanych występuje silna tolerancja dla odróżniania się, natomiast w słabo zróżnicowanych – taka tolerancja jest nieznaczna. Poziom tolerancji ujawnia się w przebiegu trzech powiązanych procesów: (1) w procesie regulującym wewnętrzne granice w systemie rodziny, (2) w procesie zarządzania emocjonalnym klimatem i (3) w procesie kształtowania tożsamości członków systemu. Słabo zróżnicowane systemy rodzinne charakteryzują się niską tolerancją dla indywidualności podsystemów. Zatem im słabiej zróżnicowana rodzina, tym intensywniejsze doświadczanie konfliktów i napięć. Na przykład mogą one być przenoszone z rodziców na innego członka rodziny. Wówczas mamy do czynienia z tzw. triangulacją: nadmiar napięcia w relacji między rodzicami „wchłania" trzecia osoba – np. ich dziecko. Zresztą nie tylko osoba – może to być praca, hobby, używki (itp., czyli każdy obiekt, który przejmie napięcie występujące w danym podsystemie rodziny. Jest to kolejny model użyteczny w terapii rodzin.

Do kategorii modeli operacyjnych można także zaliczyć proponowany przez nas **model zdrowej rodziny** (Liberska, Matuszewska, 2011, 2012). Model zdrowej rodziny zakłada: (1) występowanie silnej wzajemnej pozytywnej więzi emocjonalnej (w diadach, triadach itd.), (2) obecność zharmonizowanych, względnie stabilnych wzorów aktywności i zachowań przypisanych poszczególnym jednostkom, (3) występowanie spójnego, elastycznego systemu norm i wartości, (4) względną autonomię pola psychologicznego, (5) poziom procesów poznawczych umożliwiający poprawne odzwierciedlanie rzeczywistości i (6) efektywne komunikowanie się. Analiza natężenia wartości

przyjmowanych przez sześć wymienionych wymiarów stanowi podstawę do zaklasyfikowania danego systemu do kategorii rodzin zdrowych lub zaburzonych. W zależności od fazy cyklu życia rodziny zmienia się przede wszystkim jej struktura, organizacja interakcji i relacji wewnątrzystemowych. Czynnikiem uruchamiającym zmiany w przedstawionych obszarach mogą być też wydarzenia pozanormatywne, jak np. przyjście na świat dziecka niepełnosprawnego czy wystąpienie nieuleczalnej choroby w rodzinie.

Inne propozycje klasyfikacji modeli rodziny przyjmują odmienne kryteria podziału. Kağitçibaşi (1996) – na bazie porównań międzykulturowych – rozróżnia trzy modele rodziny: model niezależności, model współzależności i model emocjonalnej współzależności. Stanowią one odzwierciedlenie struktury rodzinnej w określonych typach kultury: indywidualistycznej, kolektywistycznej i wspólnotowej. Różnice między tymi modelami dotyczą przede wszystkim statusu kobiet, stylu rodzicielstawa (wychowania), struktury wartości[6].

5.2. Styl wychowania

5.2.1. Pojęcia podstawowe: wychowanie, styl wychowania

Wychowanie w naukowej tradycji polskiej psychologii traktowane jest jako zamierzone oddziaływanie na jednostkę ukierunkowane na wywołanie określonych zmian w jej psychice i zachowaniu. Dobrą ilustracją takiego sposobu rozumienia jest definicja Muszyńskiego (1971), który uważa, że wychowanie jest szczególnym rodzajem ludzkiej działalności, polegającym na zamierzonym wywoływaniu określonych zmian w osobowości człowieka. Natomiast Wołoszyn (1962, s. 180) ujmuje wychowanie jako „całokształt oddziaływania rodziców, wychowawców i środowiska na rozwój dzieci i młodzieży”. Ta definicja treściowo odpowiada pojęciu socjalizacji, które jest stosowane w psychologicznej literaturze światowej do określania całości społecznych oddziaływań na rozwój jednostki. **Socjalizacja** jest pojęciem szerszym niż wychowanie, ponieważ – oprócz oddziaływań zamierzonych – uwzględnia także oddziaływania niezamierzone.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że wychowanie na gruncie psychologii rozwojowej jest traktowane jako istotny czynnik rozwoju i odnoszone jest – przede wszystkim – do środowiska rodzinnego i edukacyjnego. W literaturze

przedmiotu „oddziaływania wychowawcze” w systemie rodziny częściej określa się jako „socjalizację w rodzinie” (por. Grusec, 1997). Wychowanie w rodzinie ma charakter naturalny, tzn. rodzice nie ustalają z góry wyraźnych, precyzyjnych celów i ideałów wychowania ani sposobów dochodzenia do nich. Z tego względu mówi się o stylu wychowania, a nie o systemie wychowawczym w odniesieniu do środowiska rodziny.

Styl wychowania jest wypadkową sposobów i metod oddziaływania na dziecko wszystkich członków rodziny, a zwłaszcza rodziców. Jest to dobór i zastosowanie zespołu środków wychowawczych (Ziemska, 1973). We współczesnej literaturze światowej termin „styl wychowania” jest zastępowany przez termin „styl rodzicielski” (*style of parenting*). W danym stylu wychowania przejawiają się postawy rodzicielskie. Zakres treściowy pojęcia „styl wychowania” (styl rodzicielski) jest szerszy niż zakres treściowy pojęcia „postawa rodzicielska”, będącego strukturą trójelementową, obejmującą komponent poznawczy, emocjonalny i behawioralny, która ukierunkowuje i stabilizuje zachowanie rodziców wobec dziecka[7]. O stylu wychowania decydują przede wszystkim rodzice: ich poglądy dotyczące sposobów oddziaływania na dziecko, ich wiedza o formach i środkach najbardziej adekwatnych z punktu widzenia jego etapu rozwoju, wcześniejsze osobiste doświadczenia i wzory wyniesione z domu rodzinnego, cele wychowawcze, które zamierzają osiągnąć, a także własna koncepcja życia (Obuchowska, 1996; Rostowska, 1996; Liberska, 2004).

Należy w tym miejscu podkreślić, że powszechnie są akceptowane te oddziaływania wychowawcze, które sprzyjają **rozwojowi podmiotowości** dziecka i tworzą warunki umożliwiające realizację jego potencjału. Szczególne znaczenie nadaje się oddziaływaniom, które zmierzają do przyswojenia przez jednostkę norm, systemu wartości, wzorów osobowych i sposobów zachowania (z zaakcentowaniem prospołecznych), specyficznych dla danego systemu społecznego. W ich realizację są zaangażowane mechanizmy naśladownictwa, identyfikacji i modelowania (patrz też rozdz. 8, cz. I), a oczekiwanym długofalowym efektem jest internalizacja zasad społeczno-moralnych i ukształtowanie zachowań społecznych. **Naśladownictwo** jest mechanizmem umożliwiającym ukształtowanie pewnych zachowań obserwowanych u innej osoby na drodze ich powtarzania. **Identyfikacja** polega na przejmowaniu norm, ocen moralnych od osób znaczących i ma charakter podświadomy.

Modelowanie jest mechanizmem umożliwiającym przejmowanie zachowań stanowiących symboliczne równoważniki zachowania modela.

5.2.2. Rodzaje stylów wychowania

W literaturze jest omawianych kilka klasyfikacji stylów wychowania (stylów rodzicielskich), które są opisem oddziaływań dyscyplinujących (system kar i nagród, prawa i obowiązki dziecka i inne) lub konstelacji postaw rodziców wobec dziecka. Wyznaczają one klimat emocjonalny ważny dla transmisji wartości, norm, wzorów osobowych itp. Należy w tym miejscu podkreślić, że transmisji tej sprzyja pozytywny klimat emocjonalny (por. Liberska, Matuszewska, 2001; Farnicka, 2013)[8]. Podstawowe dymensje stylów wychowania analizowane przez różnych badaczy są podobne (Grusec, 1997). Są to:

- miłość/wrogość i autonomia/kontrola (Schaefer, 1959, 1965);
- ciepło i permisywność/restrykcyjność (Sears, Maccoby, Levine, 1957);
- ciepło/wrogość i restrykcyjność/permisywność (Backer, 1964);
- emocjonalne ciepło/wrogość i oddzielanie/włączanie (Baldwin, 1955);
- miłość/wrogość i akceptacja/odrzucenie (Ziemska, 1973).

Jedną z bardziej znanych klasyfikacji jest propozycja Schaefera (1959). Autor wyodrębnia dwa podstawowe wymiary stylów: stopnień autonomii, samodzielności dziecka (oś autonomia–zależność) oraz przychylność emocjonalna w stosunkach rodzice–dzieci (oś miłość–wrogość). Przecięcia tych wymiarów, dwóch osi, tworzą cztery główne style wychowania: demokratyczny, nadopiekuńczy, autorytarny oraz ignorujący.

Styl demokratyczny cechuje się okazywaniem dziecku miłości przy jednoczesnym przyznawaniu mu autonomii stosownie do wieku i poziomu rozwoju. Rodzice oceniają zachowania dziecka, a nie jego osobowość („Głupio się zachowałeś, co nie znaczy, że jesteś głupi”).

Styl nadopiekuńczy charakteryzuje się wzmożoną troską o dziecko i chronieniem go przed trudnościami, co prowadzi do rozwoju nadmiernej zależności dziecka od rodziców.

Styl autorytarny przejawia się okazywaniem dziecku wrogości, ignorowaniem jego potrzeb (w tym ważnych życiowo), ścisłym kontrolowaniem jego zachowania przy jednoczesnym uzależnieniu go od decyzji rodzica, ograniczaniem samodzielności, upokarzaniem dziecka (np. obrzucanie obelgami, bicie, odrzucenie emocjonalne). Dziecko jest całkowicie podporządkowane rodzicom i od nich zależne.

Styl ignorujący cechuje się lekceważeniem dziecka, obojętnością w stosunku do niego, zaniedbywaniem jego podstawowych potrzeb, co z jednej strony

zmusza dziecko do przedwczesnego usamodzielnienia się (np. w poszukiwaniu żywności), a z drugiej – może skutkować jego niezdolnością do nawiązywania bliskich więzi z innymi ludźmi. Rodzice są skoncentrowani na zaspokojeniu własnych potrzeb, nie interesują się dzieckiem[9].

Niektórzy badacze skupiają się na opisie kategorii stylów rodzicielskich, a nie na analizie ich dymensji. Najczęściej przywoływana jest analiza jakościowa przeprowadzona przez Baumrind (1967, 1968, 1980, 1993). Autorka wyróżnia trzy style wychowania (posługuje się ona terminem „styl rodzicielski"): autorytarny (*authoritarian childrearing*), permisywny (*permissive childrearing*) i autorytatywny (*authoritative childrearing*). Różnią się one pod względem ekspresji emocji (ciepło lub emocjonalna rezerwa), zasad obowiązujących w rodzinie (sztywne lub elastyczne), sposobów dyscyplinowania (środki fizyczne lub karanie psychologiczne) i wartości (posłuszeństwo lub niezależność i samokontrola).

Cechą charakterystyczną **stylu autorytarnego** jest sztywność zasad i oczekiwanie przez rodziców ich bezwzględnego respektowania przez dziecko. Zasady nie podlegają negocjacjom, nie są dziecku wyjaśniane, lecz podawane mu do wiadomości. Rodzic poproszony przez dziecko o wyjaśnienie powodów swojej decyzji odpowiada: „Bo ja tak powiedziałem". Otwarta dyskusja lub złość okazana rodzicowi spotyka się z karą. Konsekwencją mogą być u dziecka zaburzenia rozwoju emocjonalnego, społeczno-moralnego, a także w pewnym stopniu – poznawczego. Przykładowym przejawem tych nieprawidłowości mogą być uprzedzenia wobec mniejszości etnicznych, niezdolność do empatii, brak refleksyjności itp.

Permisywny styl wychowania cechuje się okazywaniem dziecku ciepłych uczuć. Częsty jest pozytywny, fizyczny kontakt między rodzicami a dzieckiem (pocałunki, przytulenia, głaskanie itp). Zasady są dziecku wyjaśniane. Nigdy nie występują kary fizyczne, chociaż zdarza się kara okresowej izolacji od rodziców („Proszę iść do swojego pokoju"), przejściowe zawieszenie przywilejów, zakaz oglądania telewizji lub kontaktów z rówieśnikami. Konsekwencją wychowawczą tego stylu może być rozwój kreatywności dziecka, samokontroli, jego wiary we własne możliwości, internalizacja norm moralnych. Jednakże przy skrajnej permisywności dziecko może nie poznać granic swojej wolności: zachowań koniecznych, dopuszczalnych i niedopuszczalnych ze społecznego punktu widzenia.

Charakterystyka **stylu autorytatywnego** jest zbieżna z opisem stylu demokratycznego (por. Hurlock, 1985a; Spock, 1989; Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994; Santrock, 2003; Liberska, 2004; Ryś, 2004). Rodzice

autorytatywni są ciepli i kochający. Stosują przede wszystkim pozytywne zachęty i unikają karania dziecka (chyba że nie mają wyboru). Podejmują z dzieckim dyskusję dotyczącą oczekiwań wobec niego, w tym obowiazujących go zasad, i są gotowi do kompromisu. Jednakże podstawowe zasady nie podlegają negocjacjom. Rodzice pozwalają dziecku na ekspresję emocji w sposób społecznie akceptowany. Tacy rodzice mają szanse stać się autorytetami dla swojego dziecka. Pozytywną konsekwencją stosowania tego stylu może być prawidłowy rozwój potencjalnych możliwości dziecka: jego zainteresowań, kreatywności, otwartości, poczucia sprawstwa, wewnętrznej kontroli nad sobą i zdarzeniami. Relacje rodzice–dziecko przekształcają się z biegiem czasu w przyjacielskie.

W polskiej literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się trzy podstawowe style wychowania: autokratyczny, liberalny i demokratyczny (Ziemska, 1973; Ryś, 2004). Oprócz nich wskazuje się na jeszcze jeden występujący w rodzinie styl wychowania, a mianowicie styl niekonsekwentny (Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994; Liberska, 2004, 2006).

Styl wychowania **autokratyczny** stosowany jest w rodzinach konserwatywnych, w których najważniejszą osobą jest najczęściej ojciec. Styl ten ma dwie odmiany: **opartą na życzliwości** i **opartą na lęku, przemocy**. Skrajnie **surowy wariant autokratycznego stylu** wychowania zakłada dystans i jednostronne komunikowanie się z dzieckiem. Życie członków takiej rodziny regulują ściśle określone normy, a ich naruszenie, a tym bardziej złamanie, skutkuje karą. Represje są surowe i nieuniknione, a decyzje o ich zastosowaniu rzadko bywają uzasadniane przez „głowę rodziny”. Dzieci wychowywane w stylu autokratycznym opartym na lęku i przemocy dobrze znają swoje obowiązki. Nie uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących czy to własnej osoby, czy to całej rodziny, a jedynie w ich wykonaniu. Zachowanie dziecka podlega stałej kontroli i ocenie rodzicielskiej. Ta surowa odmiana stylu autokratycznego wywiera negatywny wpływ na kształtowanie się osobowości młodych ludzi, niezależnie od okresu rozwojowego, w którym się znajdują (por. Hurlock, 1985a; Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994). Jedną z możliwych konsekwencji może być bierne dostosowanie się dziecka do standardów rodzicielskich. Z lęku przed karami młody człowiek realizuje polecenia swych rodziców i ich oczekiwania dotyczące jego osoby. Zablokowany zostaje rozwój jego inicjatywy, samodzielności w myśleniu i działaniu. Jednocześnie mogą nasilać się u niego skierowane ku rodzicom negatywne, wrogie emocje, które nie mogą się ujawnić w reakcjach agresywnych wobec najważniejszych członków rodziny, lecz zostają

przemieszczone na innych, obcych ludzi (na dzieci z sąsiedztwa, pasażerów autobusu, bezdomnych itd.) lub na przedmioty (por. Liberska, Matuszewska, 2001a).

Uruchomione zostaje tu „błędne koło", obejmujące karę, strach przed nią i reakcje obronne dziecka ściągające na nie zapowiedzianą karę (por. Davitz, 1958). Ta odmiana stylu autokratycznego, opartego na lęku i przemocy, ma charakterystykę zbliżoną do stylu autorytarnego (por. Baumrind, 1968). Jednakże w przypadku łagodniejszego wariantu stylu autokratycznego, opartego na życzliwości, wymagania stawiane dziecku są na ogół dostosowane do jego możliwości czy zainteresowań. Zatem ma ono szanse poradzić sobie z nałożonymi na nie zadaniami i zasłużyć na nagrodę rodzicielską. W tych warunkach tworzy się pozytywna więź emocjonalna między dzieckiem a rodzicami, niezbędna do prawidłowego rozwoju psychicznego młodego człowieka. Komunikacja ma charakter dwustronny, co umożliwia dziecku zadawanie pytań, uzyskiwanie wyjaśnień, wskazówek i różnych innych form pomocy ze strony rodziców. Dezaprobata słowna (upomnienia, nagany itp.) jest częściej stosowana niż kary fizyczne. W konsekwencji używania przez rodziców łagodniejszej wersji stylu autokratycznego ograniczone jest ryzyko wystąpienia u dziecka zaburzeń socjalizacyjnych.

Styl liberalny zasadza się na przekonaniu rodziców, że wystarczy dziecku zapewnić odpowiednie warunki do przejawiania przez nie aktywności, aby jego rozwój przebiegał w sposób bezpieczny i prawidłowy. Wychodząc z takiego założenia, rodzice pozostawiają swemu dziecku całkowitą swobodę. Okazują mu uczucia miłości, są maksymalnie wrażliwi na płynące od niego sygnały. W nadmiernym stopniu dostosowują swe zachowanie do jego życzeń (Spionek, 1981). W tym stylu wychowawczym przeważa komunikacja o charakterze jednostronnym, przy czym stroną inicjującą najczęściej jest dziecko. W wyjątkowych sytuacjach drastycznego naruszenia przez dziecko norm społecznych rodzice decydują się na ingerencję i wymierzają mu słabą karę. Niekiedy dochodzi do przedwczesnego usamodzielnienia się dziecka, gdy rodzice zezwalają mu na formy zachowań niewłaściwych dla jego etapu rozwoju. W konsekwencji opóźniony zostaje proces socjalizacji i wypaczony – ku egocentryzmowi – może zostać kierunek rozwoju osobowości (por. Rostowska, 1995). W literaturze specjalistycznej rozróżnia się **styl liberalny kochający** i **niekochający** (por. Ryś, 2004). W odmianie kochającej rodzice darzą dziecko miłością, a w niekochającej okazują mu obojętność, a nawet chłód emocjonalny; nie interesują się zbytnio swoim dzieckiem.

Styl wychowania niekonsekwentny cechuje się zmiennością i niesystematycznością oddziaływań rodzicielskich. Normy, wymagania wobec dziecka, sposoby oceny i kontroli jego zachowania zależą od nastroju rodziców i od sytuacji. Jest to efektem prowadzenia przez rodziców chaotycznych poszukiwań skutecznych metod oddziaływań na dziecko (Spionek, 1981). Styl niekonsekwentny funkcjonuje również w rodzinach, w których matka i ojciec często nie są w stanie porozumieć się co do metod i form oddziaływania na dziecko. W tych warunkach utrudniony jest proces jego socjalizacji. Przypadkowe, niekiedy naprzemienne okazywanie dziecku miłości i niechęci, niekonsekwentne stosowanie kar i nagród utrzymuje je w stanie „huśtawki emocjonalnej" i może prowadzić do patologizacji zachowania: reakcji agresywnych, lękowych, nerwicowych (Liberska, Matuszewska, 2001a). Nie znajdując oparcia w rodzicach, dziecko nie nawiązuje z nimi silnej pozytywnej więzi emocjonalnej. Niemożność odnalezienia przez nie w swym najbliższym środowisku wzorów i modeli do naśladowania oraz brak wsparcia rodzicielskiego prowadzą do poczucia osamotnienia i zagubienia w świecie, tym samym utrudniając, a niekiedy uniemożliwiając, wypracowanie koncepcji własnej osoby i drogi życiowej w przyszłości.

Styl demokratyczny jest uważany za najbardziej korzystny dla rozwoju osobowości dziecka (Hurlock, 1985a; Mika, 1987; Prztacznik-Gierowska, Włodarski, 1994). Przypomnijmy, że w literaturze anglosaskiej funkcjonuje on pod nazwą stylu autorytatywnego. Opiera się on na pozytywnej więzi emocjonalnej dziecka z rodzicami (Piaget, 1967). W rodzinie stosującej ten styl dziecko ma możliwość współdziałania z innymi członkami rodziny w organizowaniu życia rodzinnego. Uczestniczy w podejmowaniu decyzji dotyczących nie tylko jego osoby, ale i całej rodziny. Rodzice dyskutują z nim i omawiają zarówno problemy dużej wagi dla życia rodziny, jak i sprawy codzienne (Obuchowska, 1996). Wspólnie podejmują decyzje dotyczące planów powiększenia rodziny, zmiany miejsca zamieszkania, sposobu spędzania czasu wolnego, wakacji, świąt, imprez rodzinnych, zakupu samochodu, remontu domu itp. Dziecko zna swoje prawa i obowiązki, w tym prawo do własnego zdania w określonych kwestiach, do obrony swego stanowiska, do wytłumaczenia i uzasadnienia postępowania. W miarę rozwoju dziecka zwiększa się zakres przysługujących mu praw, jego pole przejawiania własnej inicjatywy i samodzielności, autonomia młodego człowieka, ale wzrasta też jego odpowiedzialność za swe postępowanie. Zachowanie niezgodne z obowiązującymi w rodzinie normami podlega sankcjom, które jednak nie mają charakteru represyjnego, lecz zasadzają się na perswazji, wyjaśnianiu

i nakierowane są na zrozumienie przez dziecko swego przewinienia, a jednocześnie dostosowane są do poziomu jego rozwoju. Dyscyplina demokratyczna ułatwia przystosowanie psychiczne i społeczne, prowadzi do niezależności w myśleniu, otwartości i inicjatywy w działaniu, podbudowuje pewność siebie dziecka i dorastającego, sprzyja ukształtowaniu pozytywnego pojęcia Ja, stymuluje aktywność (Hurlock, 1985a). Styl demokratyczny w sposób szczególny sprzyja rozwojowi kontroli wewnętrznej, wytrwałości w pokonywaniu trudności i umiejętności współpracy z innymi ludźmi. Takie oddziaływania wychowawcze ułatwiają proces internalizacji norm społecznych, wartości cenionych przez rodziców, ich celów, standardów, wzorów zachowania, rodzicielskiej koncepcji życia itp. (por. Rostowska, 1995; Harwas-Napierała, 2003).

Jednakże w niektórych rodzinach funkcjonuje pozorny styl demokratyczny, ograniczający udział dziecka w organizacji życia rodziny i pozostawiający mu swobodę decydowania wyłącznie w sprawach niezbyt ważnych. Sprzyja on atmosferze zakłamania w środowisku domowym i może prowadzić do zachowań agresywnych dziecka, do osłabienia więzi emocjonalnej między nim a rodzicami, a nawet do jej zerwania (por. Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994).

Irena Obuchowska (1996), odnosząc się do postępowania rodziców względem dorastającego, podaje dziesięć zasad, których powinni oni przestrzegać, chcąc uchronić się przed błędami wychowawczymi. Są to następujące zasady: akceptacji, wiarygodności, poszanowania intymności, równych zobowiązań, stabilności, prośby, konsekwencji, otwartości na informacje, humoru i współdecydowania. Są one charakterystyczne dla stylu demokratycznego.

Charakterystyka porównawcza podstawowych stylów wychowania

Porównując poszczególne style wychowawcze, zwraca się uwagę na siłę kontroli rodzicielskiej sprawowanej nad dzieckiem, komunikację między rodzicami i dzieckiem (jednostronna–dwustronna, otwarta–zamknięta), rodzaj i siłę wsparcia, sposoby karania za przewinienia, czas przeznaczany dziecku, sposób podejmowania decyzji w rodzinie i sposób organizacji życia rodzinnego, stabilność i klarowność zasad obowiązujących członków rodziny (tab. 5.1).

Każdy z wyróżnionych stylów wychowania prowadzi do określonych skutków wychowawczych przedstawionych w analizie stylów wychowania. Skutki te są zależne od stopnia natężenia danego stylu wychowania, od wieku dziecka, a przede wszystkim od całej struktury środowiska rodzinnego.

Nancy Darling i Laurence Steinberg (1993) zwracają uwagę na fakt, że ten sam styl wychowania (styl rodzicielski) może przynieść odmienne efekty wychowawcze w zależności od kontekstu kulturowego. Na przykład w przypadku dorastających afroamerykanów i azjatów wychowawczy styl autorytatywny skutkuje odmiennymi osiągnięciami edukacyjnymi niż w przypadku młodzieży z innych kultur. Z kolei styl autorytarny w rodzinach o korzeniach europejskich zwiększa ryzyko wystąpienia u dzieci zachowań lękowych, a w rodzinach afroamerykanów sprzyja zachowaniom asertywnym u dziewcząt. Cytowani badacze wskazują na konieczność rozróżnienia między treścią przekazu rodzicielskiego a sposobem jego komunikowania. Ich zdaniem styl rodzicielski jako forma zawiera zachowania, które są niezależne od treści przekazu socjalizacyjnego. Na przykład zdanie: „Źle zrobiłeś” może być przez rodzica wykrzyczane lub przekazane spokojnie, bez negatywnych emocji. Zatem ta sama treść może być w różny sposób zakomunikowana, co wynika z odmiennego stylu wychowania. W konsekwencji, uwaga o tej samej treści może przynieść odmienne skutki wychowawcze.

Należy podkreślić, że skutki wychowawcze zależą nie tylko od stylu wychowania realizowanego przez rodziców, ale i od kręgu kulturowego, do którego należy rodzina (patrz szerzej rozdz. 7, cz. II). Przedstawiona analiza ukazuje stopień złożoności problematyki związanej z oddziaływaniami wychowawczymi w systemie rodziny.

TABELA 5.1

Porównanie czterech podstawowych stylów wychowania w rodzinie

Wymiary	**Style wychowania**			
	demokratyczny	**autokratyczny**	**liberalny**	**niekonsekwentny**
Kontrola nad dzieckiem	Umiarkowana, dyskretna	Silna, jawna	Słaba, dyskretna	Zmienna pod względem natężenia i jawności
Komunikacja rodzice–dziecko	Dwustronna, otwarta	Jednostronna – inicjowana przez rodzica, zamknięta	Jednostronna – inicjowana przez dziecko	Jednostronna, zmienna
Wsparcie udzielane dziecku	Adekwatne do potrzeb dziecka: intelektualne, emocjonalne, behawioralne	Regulowane odgórnymi ustaleniami – arbitralne	Adekwatne do potrzeb sygnalizowanych przez dziecko	Niestabilne, zmienne

Reakcja rodziców na przewinienia dziecka	Reakcje werbalne: wyjaśnianie, tłumaczenie, nagana, ograniczanie aktywności (np. zakaz wyjścia z domu, nakaz wykonania jakiejś czynności)	Przewaga silnych kar: fizycznych, słownych i ograniczanie aktywności	Brak kar lub bardzo słabe kary (raczej słowne upomnienia)	Zmienne pod względem siły i rodzaju
Czas dla dziecka	Nieograniczony – adekwatny do potrzeb dziecka; inicjowany przez rodziców i dzieci	Ograniczony wcześniejszymi ustaleniami	Nieograniczony – regulowany potrzebami dziecka i w odpowiedzi na jego inicjatywę	Zależny od nastroju rodziców i sytuacji
Organizacja życia rodziny	Wynik wspólnych ustaleń; podział obowiązków stosownie do wieku i możliwości wszystkich członków rodziny	Sztywna, ustalona przez rodziców	Podporządkowana potrzebom i woli dziecka	Zmienna, zależna od aktualnych potrzeb rodziców i sytuacji
Sposób podejmowania decyzji dotyczących rodziny	Większość decyzji jest podejmowana na drodze wspólnych ustaleń; dziecko ma prawo decydowania w niektórych sprawach go dotyczących	Decyzje podejmują rodzice	Decyzje podejmuje dziecko	Zmienny
Stałość i klarowność norm rodzinnych	Względnie stałe i klarowne; zrozumiałe dla dziecka, modyfikowane w miarę rozwoju dziecka	Stałe, klarowne, choć nie zawsze zrozumiałe dla dziecka i nie uzasadniane, a „podawane	Jedyną stałą normą jest „dobro dziecka”	Niestabilne, mało klarowne; uzasadniane słabo lub w sposób zmienny

		do wiadomości”		

Źródło: opracowanie własne na podstawie Liberska (2004).

5.3. Modele funkcjonowania rodziny a style wychowania

Dotychczasowe rozważania nad zagadnieniem funkcjonowania rodziny zostały ujęte w syntetycznej formie w tabeli 5.2. Porządkuje ona wzajemne związki między modelami strukturalnymi funkcjonowania rodziny a stylami wychowania, z uwzględnieniem głównych przejawów tych stylów. W rodzinach funkcjonujących zgodnie z **modelem tradycyjnym** istnieją warunki sprzyjające występowaniu stylu autokratycznego i to zarówno jego odmiany opartej na życzliwości, jak i odmiany opartej na lęku. Wynika to przede wszystkim ze struktury władzy i ról oraz silnej wzajemnej zależności emocjonalnej członków systemu.

W rodzinach, które funkcjonują w **modelu modernistycznym,** powstają uwarunkowania sprzyjające wychowaniu odpowiadającemu stylowi demokratycznemu lub autokratycznemu, opartemu na życzliwości. Jest to konsekwencją przede wszystkim zrównoważenia pozycji władzy w rodzinie, komplementarności ról rodzicielskich i współzależności emocjonalnej w systemie rodziny. W przypadku rodzin funkcjonujących w sposób charakterystyczny dla **modelu postmodernistycznego** rozpoznano warunki zwiększające prawdopodobieństwo występowania stylu wychowania niekonsekwentnego oraz obu odmian stylu wychowania liberalnego (kochającego i niekochającego). Podstawowymi predykatorami występowania tych stylów są „rozmyta” czy też nieokreślona struktura rodziny i niezależność emocjonalna jej członków.

Przedstawione modele rodziny i style wychowania rzadko występują w postaci „czystej”, tym bardziej, że rodzice mogą mieć odmienne doświadczenia i nie podzielać swoich przekonań ani preferencji w tym względzie. Jednakże uważna analiza tych modeli pod kątem wyróżnionych wskaźników pozwala przybliżyć się do zrozumienia specyfiki funkcjonowania rodziny i oddziaływań wychowawczych w niej realizowanych oraz dostarcza podstaw do podjęcia działań niwelujących lub ograniczających ryzyko rozpadu

rodziny bądź patologizacji rozwoju poszczególnych jej członków, w szczególności najmłodszych, lub całej rodziny.

TABELA 5.2

Modele rodziny a style wychowania i ich główne przejawy

Modele rodziny	Style wychowania	Główne przejawy stylów wychowania
• tradycyjne – silna hierarchia pozycji w rodzinie – centralizacja władzy – ustalona struktura wartości, norm i celów – wyraźny podział ról – silna zależność emocjonalna w całym systemie rodziny	• autokratyczny oparty na lęku • autokratyczny oparty na życzliwości	– zależność emocjonalna dziecka od rodzica – ścisła kontrola zachowania dziecka – ściśle określone prawa i obowiązki dziecka – uzasadnienia decyzji rodzielskich oparte na lęku lub na wyjaśnianiu aspektu społecznego decyzji – przewaga kar nad nagrodami (bywa, że brak kary jest nagrodą; najczęstsze są nagrody materialne)
• modernistyczne – spłaszczona hierarchia pozycji – względna elastyczność wartości, norm i celów – współdziałanie dwóch autorytetów (ojca i matki) – komplementarność ról – współzależność emocjonalna w systemie rodziny[10]	• demokratyczny • autokratyczny oparty na życzliwości	– współzależność emocjonalna dziecka od rodzica – dyskretna kontrola zachowania dziecka – wyraźnie określone prawa i obowiązki dziecka – do negocjacji – uzasadnienia decyzji rodzielskich oparte na wyjaśnianiu w aspekcie społecznym – równowaga kar i nagród o charakterze psychologicznym

• postmodernistyczne – nieokreślona hierarchia pozycji – nieokreślona hierarchia władzy – relatywizm wartości i norm – dynamiczna struktura celów (kontekstowa) – brak autorytetu w rodzinie – nieokreślony podział ról – niezależność emocjonalna w systemie rodziny	• liberalny kochający • liberalny niekochający – niekonsekwentny	– niezależność emocjonalna dziecka od rodzica – ograniczona kontrola zachowania dziecka lub jej brak – nieokreślone prawa i obowiązki dziecka – swobodny wybór – brak uzasadnień decyzji rodzielskich – niejasność systemu kar i nagród

Źródło: opracowanie własne.

Przypisy

[1] Według psychologii ekologicznej makrosystem obejmuje całą kulturę, czyli wytwory materialne (cywilizacja) i niematerialne (zwyczaje, obyczaje, system wartości, sztuka, ideologia itp.). Z kolei egzosystem jest to jeden lub więcej subsystemów zanurzonych w makrosystemie. Oddziaływania między egzo- a mezosystemem są ograniczone – jednokierunkowe. Mezosystem tworzą te mikrosystemy, z którymi rodzina pozostaje we wzajemnych relacjach.

[2] W literaturze z obszaru psychologii rodziny takie pojęcia, jak: „interakcja", „stosunek międzyosobowy" i „relacja", bywają używane zamiennie. Jednakże mają one odmienny zakres treściowy. Przez interakcję rozumiemy „kontaktowanie się jednostek między sobą, zachodzące między nimi procesy komunikowania i oddziaływania wzajemnego w danym czasie" (Tyszkowa, 1990, s. 15). Interakcja ma ograniczony czas trwania i występuje zwykle jednorazowo lub sporadycznie. Natomiast dłużej trwające, powtarzające się oddziaływania między osobami nazywamy relacjami albo stosunkami. Stosunek zawiera w sobie element emocjonalny i w związku z tym umożliwia tworzenie względnie trwałej więzi. Wzajemne oddziaływania, na których zasadza się system rodzinny, podlegają przekształceniom w zależności od fazy w cyklu życia rodziny, a zatem podlegają zmianom zarówno ilościowym, jak i jakościowym w perspektywie temporalnej (Liberska, Matuszewska, 2011).

[3] Ze względu na wymogi formalne przedstawiono w tekście jedynie trzy wybrane modele.

[4] **Egalitaryzm** „jest to pogląd społeczno-polityczny uznający za podstawę sprawiedliwego ustroju społecznego zasady całkowitej równości między ludźmi pod względem ekonomicznym, społecznym i politycznym" (*Słownik wyrazów obcych*, 1971, s. 173).

[5] Więcej informacji o modelu m.in. w pracach: Radochoński (1987) oraz Margasiński (2009).

[6] Szersza analiza tych modeli w: B. Harwas-Napierała (2003c) oraz w rozdz. 7, cz. II.

[7] Pogłębioną analizę postw rodzicielskich w percepcji dzieci i rodziców przeprowadził Plopa (2011a).

[8] Chłodny, nawet wrogi klimat rodziny jest czynnikiem, który w znaczący sposób określa transmisję wewnątrzrodzinną. Kwestia ta jest podjęta w rozdz. 8, cz. I.

[9] Interesującą analizę propozycji Schaefera przedstawia Hovorun (2009).

[10] Kwestie zależności emocjonalnej partnerów we współczesnych formach związków podejmują m.in.: Kağitçibaşi (1996); Harwas-Napierała (2003c); Liberska, Matuszewska (2006); oraz Liberska, Suwalska (2011a).

Rozdział 6

Więzi małżeńskie i rodzinne w perspektywie teorii przywiązania

Mieczysław Plopa

6.1. Założenia i inspiracje teorii przywiązania
    6.1.1. Aspekt ewolucyjny
    6.1.2. Aspekt neuropsychologiczny
6.2. Przywiązanie w okresie dzieciństwa
6.3. Przywiązanie w okresie dorosłości
6.4. Przywiązanie a relacje w bliskich związkach

W ostatnich latach widoczne jest narastające zainteresowanie badaczy znaczeniem bliskich więzi w związkach interpersonalnych w różnych okresach życia człowieka. Wskazuje na to wiele publikacji koncentrujących się nie tylko na wczesnym dzieciństwie, ale także na poszukiwaniu mechanizmów wyjaśniających tworzenie się bliskich więzi w okresie dorosłości. Teoria więzi jest poznawczo bardzo bogata, łączy w sobie tradycję badań w paradygmacie etnologii, neuropsychologii, psychologii fizjologicznej, poznawczej, rozwojowej, a także ciągle modnej psychoanalizy (Bowlby, 1988, 2007; Cassidy, Shaver, 2010; Holmes, 2007; Kuczyńska, 2001; Thompson, 1999; Plopa, 2003, 2011a; Rostowski, 2003, 2010, 2012; Heffernan i in., 2012; Heffernan, Fraley, 2013; Chopik, Edelstein, Fraley, 2013).

Chciałbym w tym rozdziale zaprezentować głębsze spojrzenie na teorię więzi przywiązaniowych, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, oraz pokazać widoczną ewolucję poglądów dotyczących transmisji wczesnych doświadczeń emocjonalnych na regulację bliskich związków w dorosłości.

6.1. Założenia i inspiracje teorii przywiązania

Jakość funkcjonowania człowieka w bliskich związkach ma szerokie uwarunkowania. Znaczącą rolę w poznawaniu tych uwarunkowań odgrywa teoria przywiązania, której trafność potwierdzają liczne badania empiryczne. Początkowo, kiedy powstawała, dotyczyła okresu wczesnego dzieciństwa, a obecnie rozszerzyła swój „zasięg” wyjaśniania zachowań społecznych w bliskich związkach na cały cykl życia człowieka. Okazała się szczególnie przydatna w próbach głębszego rozumienia bliskich więzi w rodzinie. Doświadczenie przywiązania coraz szerzej jest łączone ze stabilnością i jakością bliskich związków. Zauważono, że określone style przywiązania (kształtujące się głównie w relacjach z osobami znaczącymi w niemowlęctwie) łączą się z takimi formami zachowania społecznego i cechami osobowości, jak: poczucie bezpieczeństwa, poczucie osamotnienia, lęk, depresja, miłość (Shaver, Hazan, 1987; Kobak i in., 1993; Trinke, Bartholomew, 1997; Thompson, 1999; Rholes i in., 2001;

Hollist, Miller, 2005; Plopa, 2003, 2008, 2011a; Kerns, 2008; Rostowski, 2012).

Przywiązanie można zdefiniować jako w miarę trwały związek społeczno-emocjonalny z drugą osobą, a także jako intrapsychiczne organizacje, które rozwijają się na bazie indywidualnych doświadczeń z pierwszymi osobami przywiązania. Zdaniem twórców teorii jest to wewnętrzny, roboczy model znacząco wpływający na zachowanie, regulację emocji, spostrzegania oraz interpretację bodźców dotyczących przywiązania (Bowlby, 1978, 1980, 1988; Bartholomew, Kwong, Hart, 2001; Plopa, 2003; Rostowski, 2003, 2012). Przez styl przywiązania rozumie się natomiast poziom poczucia zaufania i bezpieczeństwa w związkach interpersonalnych, który ma swoją podstawę w niemowlęctwie i wpływa na zachowania interpersonalne jednostki w biegu jej całego życia (Bartholomew, Horwitz, 1991; Lyddon, Sherry, 2001; Mikulincer, Shaver, 2007; Łoś, 2010; Rostowski, 2012). Aktualnie dominują dwie koncepcje ujmowania stylów przywiązania. Tradycyjna, nawiązująca do typologii Ainsworth mówiącej o **trzech stylach** (bezpieczny, unikający, ambiwalentny), oraz nawiązująca do **typologii czterech stylów** (bezpieczny, lękowy-unikowy, zaabsorbowany, odrzucający) w ujęciu Bartholomewa i Horwitza (Ainsworth, 1984, 1985a, 1985b, 1989; Shaver, Hazan, 1998; Bartholomew, Horwitz, 1991; Rostowski, 2003; Plopa, 2003, 2008).

Teza, że relacja między dzieckiem a rodzicem odgrywa centralną rolę w psychospołecznym rozwoju dziecka jest powszechnie akceptowana. Zwolennicy teorii przywiązania odegrali poważną rolę w propagowaniu tej oczywistości. O teorii przywiązania można mówić co najmniej w kilku aspektach, np. w ewolucyjnym, neuropsychologicznym, klinicznym, poznawczym. W tym rozdziale zwróconę uwagę na niektóre z nich.

6.1.1. Aspekt ewolucyjny

W podejściu ewolucyjnym zakłada się (przynajmniej w niektórych teoriach), że system przywiązaniowy rozwinął się w celu ułatwiania nawiązywania więzi między partnerami, co z kolei mogło sprzyjać przetrwaniu potomstwa (Zazzo, 1978). Więź służyła rozwojowi monogamicznych relacji, a tym samym rozwiązywała problem ojcostwa.

Osobnicy płci męskiej w znacząco większym stopniu angażują się w wychowanie potomstwa, jeżeli mają pewność, że są ojcami. Jedną z dróg posiadania tej pewności jest utrzymywanie bliskości z partnerką. Analizy filogenetyczne zdają się wskazywać, że brak sygnałów owulacyjnych u naczelnych prawdopodobnie (w rozwoju ewolucyjnym) poprzedzał i spowodował rozwój u nich monogamii. Niedostrzegalność symptomów owulacji mogła utrudniać osobnikom płci męskiej zdobycie pewności dotyczącej ojcostwa, co pośrednio skłaniało do nawiązywania więzi między parą.

Jest sprawą oczywistą, że potomstwo ma większe szanse przeżycia do reprodukcyjnego wieku, jeżeli jest wychowywane przez parę, którą łączy jakaś forma więzi. Ze względu na długi okres zależności potomstwa od opiekunów, męski sukces genetyczny nie może być mierzony jedynie częstością zapładniania samic. Globalny sukces samca zależy od tego, ilu jego potomków osiągnie dojrzałość płciową. Z pewnością będzie ich więcej w przypadku osobistego zaangażowania się samca w proces ich ochrony i wychowania. Hipoteza zakładająca zatem, że przywiązanie między partnerami pomaga zapewnić sukces wychowawczy, ma swoje uzasadnienie. Przemawia za nią też fakt, że główne predyktory rozwodów sprowadzane są do niewierności czy niepłodności (Buss, 2007). Są także badania wskazujące, że zaangażowanie się ojców zastępczych w czynności opiekuńcze jest mniejsze niż zaangażowanie ojców biologicznych; ponadto ryzyko porzucenia dziecka czy oddania go do adopcji jest większe u matek żyjących samotnie (Daly, Wilson, 1994). Można również sądzić, że kobiety wychowujące swoje dziecko z nowych partnerem muszą się liczyć z określonym prawdopodobieństwem występowania u niego pewnych form „dyskryminacji” jej dziecka.

Te analizy mają także swoje słabości. Po pierwsze, monogamia czy istnienie więzi w parach charakteryzują zaledwie 3% ssaków. Romantyczne przywiązanie jest więc relatywnie rzadkie. Monogamia zapewne w istotnym stopniu rozwiązuje problem pewności ojcostwa i korzystnego wychowania potomstwa, ale jest rozwiązaniem niewystępującym u większości ssaków. Oznaki romantycznych więzi w parach różnych gatunków zwierząt są manifestowane w sposób zróżnicowany. Na przykład znane są gatunki małp, u których dorosłe osobniki łączące się w pary demonstrują wobec siebie intensywne emocjonalne przywiązanie,

jednocześnie nie wykazując specjalnego zainteresowania inwestowaniem w potomstwo. W takim przypadku niemowlaki, chcąc przetrwać, muszą same „starać się", aby utrzymywać się na ramionach ojców, tolerujących ich, ale bez większego emocjonalnego zaangażowania. Z kolei w innych gatunkach naczelnych czynności ochronne rodziców są bardzo widoczne. Być może prawdą jest, że te międzygatunkowe różnice w relacjach niemowlę–rodzic i dorosły–dorosły wynikają z różnych selekcyjnych presji. Ostatnie filogenetyczne badania wskazują, że monogamia mogła ewoluować niezależnie wśród wielu gatunków ssaków (Reichard, Boesch, 2003). Dyskusyjne są zatem jednakowe czy odmienne korzenie rozwoju. Być może zrozumienie ewolucji romantycznego przywiązania wymaga różnych wyjaśnień dla różnych gatunków. W przypadku człowieka trafne wydają się te rozważania, które zakładają, że przywiązanie u dorosłych może być ubocznym produktem naszego przedłużonego rozwoju, zarówno płodowego, jak i postnatalnego. Jak już wcześniej sygnalizowałem, u tych gatunków zwierząt, u których czas osiągania dojrzałości jest dłuższy, występuje większe prawdopodobieństwo poszukiwania czy formowania się trwalszych więzi czy monogamicznych relacji. Czy doświadczenie przywiązania w niemowlęctwie jest niezbędnym warunkiem kształtowania się przywiązania w okresie dorosłości? – to kolejne pytanie, które budzi żywe zainteresowanie badaczy. Wszystkie gatunki, które obecnie są dobrze znane, a charakteryzują się formowaniem się więzi w parach, doświadczały także przywiązania w okresie wczesnego rozwoju. Świadczy to o zasadności tezy, stwierdzającej, że system niemowlęcego przywiązania ma jakieś przełożenie na jakość funkcjonowania w dorosłości (Shaver, Mikulincer, 2002; Fraley, Brumbaugh, Marks, 2005; Fraley i in., 2013).

6.1.2. Aspekt neuropsychologiczny

Ujęcie neuropsychologiczne podkreśla, że modele, schematy wpływające na relacje międzyosobowe mają podłoże genetyczno-neuronalne, stąd też wynika ich znaczenie dla funkcjonowania społecznego jednostki w całym jej życiu (Rostowski, 2012). Jak już wcześniej podkreślałem, zachowania przywiązaniowe są wrodzone w formie tendencji, natomiast nabierają wyraźnego kształtu w wyniku wczesnych doświadczeń z osobami znaczącymi, dając podstawy do tworzenia się określonych stylów

przywiazaniowych. Model przywiązaniowy z dzieciństwa może ulegać zmianom w późniejszym okresie życia w wyniku różnorodnych doświadczeń (np. z innymi osobami niż stali opiekunowie). Jakość więzi matka–dziecko tworzy podstawy plastycznej, dojrzałej adaptacji dziecka do życia społecznego. Zachowania te są jednak wspierane przez neuro-endokrynologiczne oraz motywacyjno-afektywne neuronalne systemy.

Wczesne doświadczenia z opiekunem (odmienne u poszczególnych dzieci) mają związek z kształtowaniem się określonych typów przywiązaniowych oraz z rozwojem odpowiednich struktur mózgu (Aron i in., 2005; Reynaud, Karila, Blecha, 2010; Rostowski, Rostowska, 2010; Rostowski, 2012). Wskazują na ten fakt wyniki badań fMRI – pokazujące związek między zróżnicowanymi formami przywiązania a aktywnością różnych obszarów mózgu (jądra migdałowatego, okolic przedczołowych). Dzieci w interakcji z wczesnymi opiekunami (najczęściej matkami) uczą się niejako wyrażania ekspresji emocjonalnej, „czytania" emocji opiekuna, i w konsekwencji przejawiania jednych emocji, a unikania przejawiania innych. Wzorce przywiązania mogą się różnicować w zależności od tego, czy zachowania, sygnały wymieniane między matką a dzieckiem są zsychronizowane, skoordynowane, czy też nie. Wzorce niezsynchronizowane wynikają z niespójnych, nadmiernie ingerujących, narzucających zachowań matek, nieliczących się dostatecznie z możliwościami czy potrzebami dziecka. W takiej sytuaji aktywność, w tym interakcyjna, dziecka nie jest adekwatnie odczytywana przez matkę (Kobak i in., 1993; Tarabulsy i in., 1996; Jaśkowki, 2009; Rostowski, 2012). Z kolei wzorce zsynchronizowane polegają w dużej mierze na umiejętnym, plastycznym odczytywaniu potrzeb, ekspresji dziecka, co jest podstawą kształtowania się stylu bezpiecznego. Badania wskazują, że u matek różniących się poziomem synchronizacji swoich relacji z dziećmi, w trakcie nawiązywania z nimi interakcji aktywizują się odmienne obszary neuronalne. Prezentowanie przez rodziców pozytywnych–negatywnych postaw rodzicielskich wiąże się z poziomem aktywacji afiliacyjnych neurohormonów, głównie oksytocyny.

U osób dorosłych, podobnie jak u dzieci, w relacjach przywiązaniowych aktywizują się te same neurohormonalne mechanizmy – stąd stosowanie tych samych typologii. Oczywiście, u dorosłych w znacznie większym stopniu na jakość zachowań interpersonalnych mają wpływ rozwijające się

struktury mózgu, szczególnie okolice korowe. W większym też stopniu aktywizuje się u nich udział neurohormonów innych niż oksytocyna (wazopresyna, dopamina, neurohormony związane z płcią i rozrodczością). Dostarczanie dziecku we wczesnych fazach rozwoju możliwości częstego wydzielania hormonów (oksytocyny i wazopresyny) przez wzajemne, ciepłe interakcje sprzyja rozwojowi bezpiecznego typu przywiązania i możliwości pełnienia funkcji regulacyjnej w dorosłym życiu – jest niejako warunkiem zdolności do przejawiania dojrzałych form miłości (opartej na odczuwaniu przez obu partnerów wzajemnej atrakcyjności, zaufania, zaangażowania, współzależności). Dojrzała, przywiązaniowa relacja między opiekunem a dzieckiem wywiera głęboki wpływ na rozwój mózgu dziecka. Wazopresyna (sprzyjająca formom kooperacyjnego działania) i oksytocyna (hormon przyjaźni, empatii, życzliwości) jako hormony społeczne, mają zasadnicze znaczenie w zdolności do ujawniania zachowań afiliacyjnych, dojrzałych społecznie. Innymi słowy, poziom aktywności oksytocyny i wazopresyny u osoby dorosłej ma swoje uwarunkowania w jakości relacji przywiązaniowej w okresie wczesnego dzieciństwa tej osoby (Rostowski, 2012). Wspomniane hormony (poziom ich aktywacji) mają zatem związek z jakością społecznych zachowań jednostki w zakresie obdarzania innych miłością, ze wzbudzaniem wzajemnej atrakcyjności, społecznego przywiązania z jednej strony, i z zaburzonymi formami zachowań (osobowość pogranicza, agresja, autyzm) – z drugiej.

6.2. Przywiązanie w okresie dzieciństwa

Twórca teorii przywiązania Bowlby (1973a, 1978, 1980, 1988, 2007) wyraźnie podkreślał, że przywiązanie rozumiane jako potrzeba więzi z osobnikiem tego samego gatunku ma podstawy biologiczne. Wieloletnie obserwacje różnych gatunków zwierząt, w różnych sytuacjach eksperymentalnych, jak również obserwacje dzieci pozbawionych doświadczania określonych więzi we wczesnym dzieciństwie, potwierdzały wagę tych biologicznych podstaw. Według paradygmatu ewolucyjnego u różnych gatunków bardzo wcześnie uaktywniają się określone, genetycznie zaprogramowane wzorce zachowań (wyzwalacze społeczne),

czy predyspozycje do uczenia się ich w czasie pierwszych społecznych interakcji. Jest tu zatem mowa o adaptacyjnej funkcji więzi, o roli wczesnych doświadczeń w kształtowaniu się tzw. zasobów jednostki (IJzendoorn van, 2005; IJzendoorn van, Bakermans-Kranenburg, 2006; IJzendoorn van i in., 2009; Goldberg, 2000).

Dziecko tuż po urodzeniu bardzo szybko uruchamia swój atrakcyjny dla opiekuna system „wyzwalaczy", mających skierować odzew na sygnalizowane przez dziecko potrzeby. Są to tzw. **zachowania przywiązujące**, aktywizowane jako funkcja ochronna przed niebezpieczeństwem. Behawioralny system przywiązania jest jednym z systemów, który umożliwia dziecku elementarne uczenie się świata i innych, uczenie się zaufania do drugiego człowieka (Bowlby, 1980, 1988; Bretherton, 1992). Aby utrzymać kontakt z opiekunem, niemowlęta prezentują szeroki repertuar zachowań, jak: krzyk, uśmiech, ssanie, przytulanie, „podążanie za". Bardzo wcześnie aktywizuje się system nawiązywania relacji wiążących, nazwijmy to prościej – **umacniania się więzi osobowej** między dzieckiem a podstawowym opiekunem (zazwyczaj jest nim matka). Setki obserwacji interakcji niemowląt z ich matkami wskazują, że dorośli angażują się w ochraniające zachowania w odpowiedzi na sygnały niemowląt. Koncentracja na relacji jest dla obojga partnerów innowacyjna, wyjątkowa, unikalna. Dorosły uczy się selektywnie reagować na indywidualność dziecka, zaczyna pomagać mu w kształtowaniu jego podmiotowości (Hilburn-Cobb, 1996).

Mary Ainsworth, zafascynowana koncepcją Bowlby'ego, na podstawie wieloletnich badań relacji matka–dziecko wyodrębniła trzy style przywiązania. Kryterium wyróżniającym je była jakość relacji, wrażliwość i dostępność matki w sytuacji sygnalizowania potrzeb przez dziecko.

- **Styl bezpieczny** – cechuje się zaufaniem dziecka do obiektu przywiązania. Oparty jest na doświadczaniu jego dostępności, ujawnianiu wrażliwości w sytuacjach zagrażających poczuciu komfortu.
- **Styl lękowo-ambiwalentny** – kształtuje się w toku doświadczania niepewności co do dostępności obiektu przywiązania. Wytwarza on „wzmożoną czujność", obniżone poczucie bezpieczeństwa, silny lęk przed rozstaniem (nawet w okolicznościach, kiedy matka jest dostępna).

Pojawianie się w polu percepcyjnym obiektu przywiązania może wyzwalać ulgę, ale także złość.

- **Styl unikający** – kształtuje się w toku doświadczania niedostępności obiektu przywiązania w sytuacjach zagrożenia, wzbudzonej potrzeby, bądź jego niewrażliwości na nie. Doświadczenie takie utrzymuje system przywiązania w stanie aktywnym, uruchamia mechanizmy obronne; konsekwencją może być unikanie bliskiego kontaktu jako forma ochrony przed zranieniem. Widoczna jest rezygnacja z walki o obiekt przywiązania, a rozłąka nie musi wiązać się z przejawianiem negatywnych emocji (Kobak i in., 1993; De Wolff, IJzendoorn van, 1997; Goldberg, 2000).

Oczywiście jest tu otwarta dyskusja, dosyć silnie widoczna w literaturze, dotycząca czynników najbardziej znaczących w tworzeniu się określonego stylu przywiązania. Niewątpliwie odgrywają tu rolę czynniki związane zarówno z obiektem przywiązania (jego cechy podmiotowe, poziom odczucia dziecka jako bezwzględnej wartości, jakość systemu rodzinnego itp.), jak i z dzieckiem (np. jego temperament). Jest w tym zakresie jeszcze zbyt mało badań empirycznych, co wynika głównie z trudności metodologicznych (Mikulincer, Shaver, Pereg, 2003; Marvin, Britner, 2008). Według Bowlby’ego behawioralny system przywiązania pełni rolę bufora między wymaganiami otoczenia a zdolnością niemowlęcia do regulowania swoich podstawowych potrzeb. Może on zwiększać nacisk na fizjologiczny, homeostatyczny system mający związek z przetrwaniem. Obiekt przywiązania może ochraniać niemowlę przed potencjalnymi zagrożeniami, może wzmacniać stan jego zdrowia (np. dostosowywać ubiór do zmieniającej się temperatury otoczenia). Zatem obecność obiektu przywiązania może inicjować proces redukcji fizjologicznego wzbudzenia, a tym samym modyfikować percepcję stresu i fizjologiczną na niego odpowiedź. Teoretycy przywiązania przyjmują za zasadne założenie, że antycypacja pomocnych zachowań w czasie doświadczania dyskomfortu może w przyszłości hamować występowanie reakcji stresowych w podobnych okolicznościach.

Niestety, obszar badań dotyczących tego zagadnienia nie jest zbyt szeroki (badania eksperymentalne prowadzone były głównie na zwierzętach), niemniej kilka interesujących spostrzeżeń godnych jest uwagi.

Przypuszcza się, że w czasie interakcji społecznych mózg „koncentruje się” na zmieniających się sekwencjach napływających informacji i historia tych interakcji jest zapisywana w formie czasowych czy permanentnych zmian w organizacji jego neuronów. Kiedy jednym z uczestników interakcji jest niemowlę, jego mózg ulega gwałtownym zmianom rozwojowym i natura tych zmian może być zapisem doświadczanych społecznych interakcji.

Ostatnio wyróżnia się dwa typy procesów, za pomocą których otoczenie wpływa na rozwój mózgu:

- **Proces doświadczania oczekiwania** (*experience-expectant*) – w przypadku napływania informacji typowych (doświadczenie pomocy w sytuacji niebezpieczeństwa i powrotu dobrego samopoczucia dzięki interwencji obiektu przywiązania) mózg może rozwijać „oczekiwanie” przez tworzenie synaptycznych powiązań między neuronami w swoim polu, które jest przeznaczone dla takich informacji. Dokonuje się proces selekcji powiązań, powtarzanie wpływa na ich przetrwanie, natomiast brak takich sekwencji (np. w przypadku przywiązania unikowego czy ambiwalentnego) sprzyja ich atrofii. Zatem kiedy indywidualne różnicowanie specyficznych wydarzeń nie może być przewidywane, mózg nie może ich antycypować.
- **Proces doświadczania zależności** (*experience dependent*) – jest generowany w nowych synaptycznych powiązaniach w reakcji na specyficzne wydarzenia, których jednostka jest uczestnikiem. Przypuszcza się, że interakcje „twarzą w twarz” między dorosłymi opiekunami i niemowlętami tworzą fundamentalny kontekst postnatalnego dojrzewania systemu w korze przedczołowej. Dorośli i niemowlęta angażują się w gry twarzą w twarz, w których występuje silny kontakt wzrokowy, uśmiechanie się, co wiąże się z wewnętrznymi stanami niemowlęcia, wpływającymi specyficznie przez system neurotransmiterów na neurobiologię regulacji emocji (Schore, 2001; Liu in., 2010; Liu i in., 2011).

Wśród różnych społecznych doświadczeń doświadczenie relacji z obiektem przywiązania jest najważniejsze dla uaktywnienia się tych struktur mózgowia, które są niejako odpowiedzialne za przyszłe emocjonalne i społeczne funkcjonowanie. Wzory przywiązania reprezentują

behawioralne strategie radzenia sobie ze stresem, są odbiciem uczenia się skuteczności i pewności zachowania się obiektu przywiązania w warunkach stresowych. Jednostka doświadczająca przywiązania bezpiecznego ma zaufanie do kompetencji obiektu, osoby redukującej jej dyskomfort. Niemowlęta doświadczające przywiązania unikającego uczą się (mają taką reprezentacje mózgową), że obiekt przywiązania jest obojętny na sygnalizowane przez nie potrzeby. Z kolei niemowlęta doświadczające przywiązania ambiwalentnego uczą się obiektu przywiązania jako osoby nieprzewidywalnej, ale czasami skutecznej. Być może dlatego ich demonstrowanie potrzeby przywiązania jest silniejsze, mimo trudności w przewidywaniu skuteczności takich strategii w redukcji stresu.

Doświadczanie odpowiednich wzorców przywiązania, konsekwentnie rozumując, wiąże się z częstością doświadczeń stresowych i uczeniem się radzenia sobie z nimi już od pierwszych tygodni życia (jeżeli nie wcześniej). Zasadna zatem w tym miejscu jest również refleksja dotycząca neuropsychologii stresu. Można przypuszczać, że inne są biologiczne reakcje na doświadczanie przez niemowlę różnych typów przywiązania. Głównym produktem reakcji na doświadczenia stresowe jest u człowieka kortyzol (łatwo wykrywany w moczu, w próbkach śliny czy krwi), stąd też jest on chętnie stosowanym wskaźnikiem stresu, zarówno w odniesieniu do dzieci, jak i do dorosłych. Kortyzol wpływa na funkcjonowanie wielu organów i ich systemów, uczestniczy w mobilizowaniu energii, wpływając na metabolizm, reguluje aktywność systemów wrażliwych na stres, np. systemu odpornościowego, wpływa na funkcje poznawcze i emocjonalne (Sapolsky, 2010; Liu i in., 2010; Rostowski, 2012). Jest to zatem wpływ kompleksowy na układ czynników fizjologicznych i psychologicznych. Uwalnianie kortyzolu może być stymulowane przez wewnętrzne procesy biochemiczne, przez stresory fizyczne (ból, głód), przez czynniki psychologiczne związane z percepcją stresorów. Badania wykazują, że na produkcję kortyzolu mają wpływ dwa omawiane wcześniej czynniki psychologiczne związane ze wzorami przywiązania, tj. przewidywanie i kontrola. Różnorodne studia dotyczące ludzi i zwierząt wykazują, że wydarzenia nieprzewidywalne i niekontrolowalne są powiązane ze zwiększonym wydzielaniem kortyzolu. Przywiązanie bezpieczne wiąże się z doświadczeniem skutecznego kierowania awersyjnymi doznaniami przez interwencję obiektu przywiązania. Łączy się

to z ufnością dotyczącą kontroli negatywnych doświadczeń, ponieważ wynik przy stosowaniu preferowanej strategii radzenia sobie z dystresem jest wysoce przewidywalny. Stąd też negatywne wydarzenia mogą być odbierane jako mniej stresujące. Z kolei przywiązanie unikające wiąże się z osobistymi doświadczeniami bycia niezdolnym do uzyskania pomocy obiektu przywiązania w konfrontacji z wydarzeniami stresowymi. W tym przypadku powstaje prawdopodobnie silniejsza tendencja do rozwoju większych wymagań wobec swoich wewnętrznych zasobów (co wiąże się z ich przedwczesnym obciążeniem) niż do przyjmowania bezpiecznych strategii. Przywiązanie lękowo-ambiwalentne jest powiązane z historią nieprzewidywalności uzyskania pomocy obiektu przywiązania w czasie doświadczania stresu. Występuje tu nadmierne generowanie energii (hiperaktywność zachowań przywiązaniowych), co wiąże się z osłabianiem wewnętrznych zasobów. Każda więc strategia, która nie jest oparta na bezpiecznym przywiązaniu, wiąże się z nadmiernym obciążaniem wewnętrznych, będących przecież w stanie rozwoju zasobów. Badania pokazują zmiany w poziomie kortyzolu u niemowlęcia w cyklu dziennym (w czasie karmienia, separacji, w czasie wykonywania rutynowych czynności) i w czasie reakcji na stresowe wydarzenia. Tu warto zauważyć ważną okoliczność, że reakcje na wydarzenia stresowe ulegają zmianom rozwojowym w czasie powstawania relacji przywiązania z osobą dorosłą. Można przypuszczać, że wczesne zachowania opiekunów (głównie matek) mogą regulować reakcję kortyzolową u niemowląt. Na przykład badania Gunnar (2003) i współpracowników ujawniały zwiększone wydzielanie kortyzolu u dziewięciomiesięcznych niemowląt w czasie trzydziestominutowej separacji, również w tych przypadkach, gdy krzyk niemowląt był ignorowany.

Reasumując ten wątek można stwierdzić, że różne wzorce przywiązania mogą mieć związek z tworzeniem się u niemowlęcia specyficznej neuronalnej konstelacji odpowiednich pól korowych, wpływającej zarówno na przyszłe funkcjonowanie społeczne i emocjonalne, jak i na odporność–podatność na stres – czego wskaźnikiem jest regulacja hormonalna (wahania poziomu kortyzolu). Prawdopodobnie tylko doświadczenie bezpiecznego przywiązania chroni zasoby dziecka – dzięki odpowiedniej percepcji stresorów, selektywnie uruchamia zachowanie wobec nich, oszczędzając zasoby fizjologiczne. Doświadczanie efektywności swoich

zachowań w sytuacjach stresowych, bazujące na historii poprzednich doświadczeń, odgrywa zatem zasadniczą rolę w generowaniu poziomu fizjologicznego pobudzenia.

Teoria przywiązania zakłada, że wzór przywiązania, jako wewnętrzny aktywny model, kreuje wczesne doświadczenie, od którego zależy późniejsza osobowość i zachowanie. Na tej tezie opiera się dalszy tok prezentowania tych rozważań. Psychologiczny punkt widzenia emocji zmienia się – ostatnio kładzie się nacisk na to, że są one organizatorami zachowania i regulują interakcje z otoczeniem. We wczesnym rozwoju reakcje opiekuna na emocje niemowlęcia kształtują umiejętność tego ostatniego w zakresie samoregulacji i regulacji interakcji z innymi osobami. Centralne znaczenie ma tu zdolność dorosłych zarówno do odpowiedniego odczytywania, interpretowania emocji niemowląt, jak i do reagowania na nie. Przez takie procesy, jak: selektywne wzmacnianie czy modelowanie uwagi opiekunów i innych osób kreuje się emocjonalną ekspresję dziecka, a później dorosłego, na różne formy społecznych relacji występujących w kulturowym otoczeniu. Zakłada się zatem, że doświadczenie przywiązania jest zapisem sposobów reagowania obiektu przywiązania na afekt niemowlęcia. Ten źródłowy aspekt doświadczenia dzielonego z obiektem przywiązania jest jednocześnie jednym z ważnych predyktorów przyszłego funkcjonowania emocjonalnego. Różnice w zachowaniu opiekuna mogą zatem wzbudzać i implikować różnice w rozwoju emocjonalnym dziecka. Niemowlęta „używają” zatem opiekuna jako źródła regulacji emocjonalnego dyskomfortu – to on moderuje stresowe doświadczenia, i można powiedzieć, że kształtuje u dziecka strategie regulacji i ekspresji emocji (Kobak i in., 1993; Cassidy, 1994; Tarabulsy i in., 1996; Feldman, Greenbaum, Yrmiya, 1999).

Niemowlęta doświadczające bezpiecznego przywiązania są opisywane w literaturze jako zdolne do swobodnego i bezpośredniego ujawniania swoich potrzeb związanych z ochroną i komfortem. Takich umiejętności nie uczą się niemowlęta będące w relacji z osobami dorosłymi prezentującymi niekorzystne wzorce – unikające (ograniczają ekspresję potrzeby przywiązania) i ambiwalentne (wyolbrzymiają swoją potrzebę przywiązania). Zgodnie z tym, rodzicielskie odpowiedzi na afektywne sygnały dziecka doprowadzają do **wewnętrznej organizacji emocjonalnego doświadczenia** (Feldman, Greenbaum, Yrmiya, 1999;

Goldberg, 2000). Kiedy dziecięce doświadczenie związanie jest z oczekiwaniem, że odpowiedź opiekuna na sygnały stresu będzie efektywna, to dziecko aktywnie dąży do opiekuna. Jest to pierwsza i zarazem efektywna droga do odzyskania poczucia bezpieczeństwa – warunku uczenia się świata. Kiedy zaś dziecięcy, wewnętrzny model włącza oczekiwanie, że emocjonalne sygnały mogą powodować tylko selektywny odzew ze strony opiekuna, prowadzi to do wzmacniania strategii wtórnych – **deaktywacji** i **hiperaktywacji** (Kobak i in., 1993). Deaktywacja rozwija strategie tłumienia zachowań korelujących z potrzebą przywiązania, włączając afekt, i ten mechanizm jest charakterystyczny dla unikowego wzorca przywiązania. Hiperaktywacja zaś rozwija wyolbrzymianie zachowań przywiązaniowych i emocji – co jest charakterystyczne dla ambiwalentnego wzorca przywiązania. Tylko bezpieczeństwo łączy się zatem z otwartością oraz plastycznością ekspresji emocji.

W interakcjach z rodzicem, który odpowiada na szeroką gamę emocji, dziecko uczy się, że ekspresja emocji jest użyteczna w społecznych relacjach, że prezentacja negatywnego afektu pozytywnie uaktywnia opiekuna. Z kolei unikanie wiąże się z minimalizowaniem emocjonalnej ekspresji. W tym przypadku dziecko nauczyło się hamować czy falsyfikować ekspresje w kierunku „bolesnego odrzucenia". Pozytywne emocje także są tłumione, ponieważ sygnalizowana gotowość do interakcji *de facto* jest rozczarowująca. Doświadczanie ambiwalencji jest związane z podwyższaniem ekspresji emocji – co jest odzwierciedleniem doświadczania przez dziecko selektywnego i niestałego odzewu na jego negatywny stan.

Podstawy rozwoju emocjonalnego są jednocześnie podstawami rozwoju społecznego. „Bezpieczne" niemowlęta uczą się, że wszystkie prezentowane emocje są akceptowane i ich wyrażanie jest bezwzględnie ważne w społecznej komunikacji. Niemowlęta doświadczające unikowego przywiązania otrzymują informacje, że emocje, szczególnie te negatywne, są nieefektywnym sygnałem oczekiwania wsparcia od opiekunów, że nie są one „językiem dyskusji". Mimo tego niemowlęta uczą się, że komunikatem nie jest wzór „jak ja się czuję", a czasami także „powiedz mi". Niemowlęta „ambiwalentne" otrzymują informację, że efekty ekspresji emocji są nieprzewidywalne, lecz intensywne negatywne emocje dają większe

prawdopodobieństwo przywołania uwagi opiekuna, jakkolwiek emocje nie są ważne dla podjęcia dialogu (Jacobsen, Edelstein, Hofmann, 1994; Moss, St-Laurent, Parent, 1999; Plopa, 2011a).

Ogólne wnioski z badań nad dziećmi sugerują, że bezpieczne przywiązanie koreluje z ujawnianiem emocjonalnej ekspresji, z otwarciem, swobodą, bogatszym emocjonalnym słownictwem, ujawnianiem plastyczności w sytuacjach problemowych, z bardziej realistyczną percepcją i interpretacją emocjonalnych ekspresji innych osób. Niekorzystne zaś wzory przywiązania prawdopodobnie uruchamiają defensywne procesy w relacjach interpersonalnych (Belsky, Cassidy, 1994; Thompson, 1999; Bowlby, 1988, 2007).

6.3. Przywiązanie w okresie dorosłości

Dotychczasowe rozważania sugerują zasadność tezy stwierdzającej, że przywiązanie może być traktowane jako prototyp relacji społecznych również w okresie dorosłości. Prawdopodobnie korzystne przywiązanie kształtuje plastyczność na nowe relacje i doświadczenia, modelując rozwój szerokich społecznych sprawności. Wzór afektywnej regulacji we wczesnych relacjach przywiązaniowych stabilizuje emocjonalną bazę, jest prototypem samoregulacji potrzebnej w szerokim społecznym świecie (Cassidy, 1994; Goldberg, 2000; Rostowski, 2003; Cassidy, Shaver, 2010). Nie wyklucza to oczywiście możliwości modyfikowania tych podstaw przez doświadczenia z innymi osobami, nauczycielami, dorosłymi. Wewnętrzny model relacji społecznych może podlegać przecież zmianom rozwojowym. Ponadto trzeba mieć na uwadze fakt, że większość dzieci doświadcza przywiązania nie tylko ze strony jednego obiektu, stąd też do kształtowania wewnętrznego modelu relacji społecznych mogą przyczyniać się relacje przywiązaniowe z różnymi osobami. Czy tworzy się jakiś specyficzny model dla otwartości w relacjach społecznych? Czy też jest to bardziej ogólny model relacji społecznych, który może być traktowany jako marker przyszłego przystosowania – na to pytanie trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć, wczesne bowiem przywiązanie jest powiązane z wieloma aspektami rozwoju (np. koncepcją siebie, rozwojem sprawności, zdolności

językowych). Niemniej, jak zauważa wielu współczesnych teoretyków przywiązania, doświadczenie wczesnego przywiązania, ze względu na rozległość swoich wpływów, jest kamieniem węgielnym w kształtowaniu zasobów podmiotowych jednostki (Dozier, Stovall, Albus, 1999; Goldberg, 2000; Plopa, 2003; Rostowski, 2003). Można stawiać różne hipotezy; być może jest tak, że ten system ma silniejszy związek z **poziomem otwartości personalnej** niż z ogólnym uspołecznieniem. Badania w tym obszarze nie są spójne, trzeba je więc interpretować ostrożnie, niemniej jednak wyraźnie wskazują na powiązania między doświadczeniem przywiązania (badanego różnymi metodami) a szeroko rozumianym społecznym zachowaniem.

W latach 70. i początkach 80. XX w. poszczególni badacze traktowali koncepcję Bowlby'ego jako podstawę do rozumienia natury i etiologii zarówno miłości, jak i osamotnienia dorosłych. Są badania wskazujące, że wiele dorosłych osób samotnych wspomina swoje dzieciństwo jako trudne czy zaburzone ze względu na dystansujące zachowania jednego bądź obojga rodziców. Na tej podstawie wysuwano hipotezę, że osobista historia relacji przywiązaniowych w dzieciństwie wpływa na głębokość i formę osamotnienia dorosłych (Shaver, Hazan, 1987; Jacobsen Edelstein, Hofmann 1994). Co więcej, zarówno psychologowie społeczni, jak i antropolodzy obserwowali wyraźne zróżnicowania w bliskich związkach dwojga ludzi, rangując je od intensywnego zaaprobowania do aktywnego unikania.

Fenomen miłości i jego zróżnicowanie wśród ludzi próbowano wyjaśniać w różnych koncepcjach, ale nadal inspirującą teorię przedstawili Hazan i Shaver (1994), konceptualizując romantyczną miłość czy więź między parami jako proces przywiązaniowy, w którym występują rodzaje indywidualnych zróżnicowań podobne do tych występujących między niemowlęciem a podstawowym opiekunem. Zwróćmy obecnie uwagę na podstawowe założenia tej koncepcji.

RAMKA 6.1

Emocjonalna i behawioralna dynamika relacji niemowlę–dorosły i dynamika romantycznych relacji u dorosłych są sterowane przez ten sam biologiczny system.

Zgodnie z teorią Bowlby’ego, zachowania przywiązaniowe niemowlęcia są regulowane przez wrodzony system motywacyjny, powstały na drodze naturalnej selekcji w celu zapewnienia bezpieczeństwa i opieki. Wewnętrzne mechanizmy systemu przywiązania są podobne do mechanizmów systemu kontroli homeostatycznej, którego zadaniem jest utrzymywanie (przez stałe monitorowanie wewnętrznych i zewnętrznych sygnałów) bezpiecznego przystosowania. Istotną rolę odgrywa tu czynnik fizycznej czy psychicznej bliskości w relacji z opiekunem. Kiedy dziecko spostrzega obiekt przywiązania, będący blisko i reagujący na jego potrzeby, czuje się bezpiecznie, wykazując eksploratywną orientację i zaufanie do otoczenia. Kiedy zaś spostrzega zagrożenie bliskości relacji (choroba, separacja), odczuwając lęk czy strach, poszukuje uwagi, opieki i wsparcia ze strony opiekuna. Zależnie od ostrości odczuć lękowych, jego zachowanie przywiązaniowe mieści się na kontinuum: od pojedynczych wizualnych poszukiwań, do intensywnej emocjonalnej reakcji i energicznej aktywności (krzyk, intensywne przywieranie).

Cindy Hazan i Phillip Shaver twierdzili, że u osób dorosłych romantyczne relacje są kierowane przez podobne mechanizmy jak u niemowląt. Według nich dorośli najczęściej odczuwają poczucie bezpieczeństwa czy pewność siebie, ujawniają kreatywne zachowania, kiedy ich romantyczni partnerzy są w pobliżu, są osiągalni i wrażliwi na wysyłane sygnały. Kiedy dana osoba czuje lęk, zagrożenie czy jest chora, wówczas partner jest potrzebny jako źródło bezpieczeństwa, komfortu i ochrony. Hazan i Shaver dostrzegają znaczące podobieństwo między relacją niemowlę–matka i relacją między romantycznymi partnerami.

Miłość jest zjawiskiem mało poznanym, jeśli chodzi o jej naturę. Nie wystarczy uwzględnianie tylko czynników społeczno-kulturowych; należy także uwzględniać czynniki genetyczne, neurologiczne i ewolucyjne. Współczesna neuropsychologia definiuje ją jako „zintegrowany neurobiochemiczny proces, który zmierza czy ma na celu promowanie nie tylko reprodukcji (rozmnażania), lecz także bliskości, poczucia bezpieczeństwa, radości i redukowania uczucia stresu lub niepokoju” (za: Rostowski, 2012, s. 226). To podejście do miłości podkreśla wagę w niej relacji wzajemności (Reynaud, Karila, Blecha, 2010). Proces miłości romantycznej (głównie namiętnej) wiąże się z podkorowo-korowymi szlakami nerwowymi.

RAMKA 6.2

Rodzaje indywidualnych zróżnicowań obserwowane w relacjach niemowlę–dorosły są podobne do obserwowanych w romantycznych relacjach.

Większość wzorów przywiązania opisanych przez Ainsworth przypomina „style miłości" obserwowane u dorosłych (Collins, Read, 1990; Feeney, Noller, 1990; Fraley, Shaver, 2000; Crowell, Treboux, Waters, 2002; Crowell, Fraley, Shaver, 2008). Jak łatwo można zauważyć, jest to wyraźna adaptacja trójelementowej kategoryzacji jako podstawy badania indywidualnych różnic w myśleniu, odczuwaniu i zachowaniu w romantycznych relacjach. Innymi słowy badacze dostrzegają trzy typy przywiązania: unikowe, ambiwalentno-lękowe i bezpieczne. Na przykład unikanie wyraża się odczuwaniem braku komfortu w relacji bycia w bliskości z partnerem, w trudnościach z przejawianiem pełnego zaufania wobec niego, w braku wewnętrznej zgody na zależność. Zmierzanie partnera do bliskości, większej intymności budzi opór i generuje nerwowość. Bezpieczne przywiązanie ujawnia się natomiast w odczuwaniu satysfakcji z bliskich relacji, w pozytywnie odczuwanej obustronnej zależności, akceptacji zachowań partnera zmierzających do większej bliskości. Relację lękowo-ambiwalentną cechuje poczucie, że partner nie wykazuje wystarczającej gotowości do wchodzenia w oczekiwane bliskie relacje, co jest powodem zdenerwowania, braku przekonania co do faktycznych uczuć partnera i chęci bycia w bliskości. Ponadto, osoby prezentujące ten typ przywiązania przez swoje zachowania (niejednoznaczne) mogą powodować dystansowanie się partnera, co z kolei zwiększa lęk o jakość, a nawet o trwanie relacji.

RAMKA 6.3

Indywidualne różnice w zachowaniach przywiązaniowych dorosłych są odbiciem ich oczekiwań i wierzeń, jakie się w nich formułowały, odnośnie do ich i ich bliskich relacji, na podstawie ich historii doświadczania przywiązania. Te „pracujące modele" są relatywnie stabilne i jako takie mogą być odbiciem ich wczesnych doświadczeń opiekuńczych.

Zgodnie z teorią przywiązania poziom bezpieczeństwa niemowlęcia w czasie wczesnych miesięcy życia zależy głównie od zewnętrznych sygnałów, takich jak dostępność bliskości i responsywność pierwszego opiekuna. Powtarzane interakcje rozwijają wewnętrzne aktywne modele, które reprezentują te interakcje i przyczyniają się do wewnętrznej regulacji zachowań przywiązaniowych. Jeżeli znaczące osoby są ogólnie ciepłe, reagujące i konsekwentnie dostępne, dziecko uczy się, że może liczyć na innych, kiedy ich potrzebuje. W rezultacie uczy się ono pewności siebie w eksploracji świata, inicjowania ciepłych interakcji z innymi i kształtowania w sobie przekonania, że określone wsparcie jest zawsze osiągalne. Inaczej mówiąc, dziecko rozwija w sobie bezpieczny pracujący model przywiązania. Jeśli zaś znaczące osoby są odrzucające, nieprzewidywalne, niewrażliwe, wzbudzające lęk – brak poczucia bezpieczeństwa staje się istotną właściwością tworzącego się modelu przywiązania. W takim przypadku zagrożone dziecko prawdopodobnie reguluje swoje zachowania przez domaganie się uwagi i opieki, czy też przez wycofywanie się i osiąganie wyższego poziomu samowystarczalności (De Wolff, IJzendoorn van, 1997; Fraley, 2002). Robocze modele przywiązania ukształtowane w dzieciństwie są w miarę stabilne i aktywne w ciągu całego życia jednostki. W okresie dorosłości w istotnym stopniu przyczyniają się do określonej interpretacji przez tę jednostkę celów i intencji jej partnerów. Model roboczy jest wysoce odporny na zmiany, nadaje znaczenie nowym relacyjnym informacjom nawet kosztem ich zniekształcania, jeżeli nie są zgodne z oczekiwaniami. W tym kontekście próbuje się wyjaśniać ciągłość określonych wzorców interakcyjnych zachowań w różnych kontekstach społecznych. Taka interpretacja jest w pewnym stopniu konkurencyjna w stosunku do wyjaśnień proponowanych przez psychoanalizę, odnoszącą się do takich mechanizmów obronnych, jak regresja czy fiksacja (Baldwin, Fehr, 1995; Alexander i in., 2001).

6.4. Przywiązanie a relacje w bliskich związkach

Rozwój romantycznej miłości dwojga partnerów nie jest tylko kwestią przywiązania, ale także przejawianej wobec siebie troskliwości – uwarunkowanych przez czynnik płci. Troskliwość i płeć nie odgrywają zasadniczej roli w kształtowaniu się więzi między rodzicem a dzieckiem, natomiast w relacjach dorosłych mają określone znaczenie. W relacjach romantycznych przywiązanie, troskliwość czy opiekuńczość są trudno odróżnialne i często są traktowane przez partnerów zamiennie. Płciowość jest również ważnym czynnikiem w romantycznej miłości. Można zakładać, że przywiązanie i płeć są regulowane przez różne systemy, niemniej trudno jest zaprzeczyć, że wzajemnie na siebie wpływają. Na przykład w diadzie może wystąpić rezygnacja z zaspokajania potrzeb seksualnych w przypadku doświadczania trudności, stresów, chorób, lęku. Podobnie, niektóre osoby mogą przejawiać różne seksualne strategie (chociażby nawiązywanie krótkotrwałych, nowych relacji partnerskich), aby powstrzymywać rozwój głębszej emocjonalnej więzi, co z kolei wynika z doświadczania lękowo-ambiwalentnego przywiązania w dzieciństwie. Romantyczna miłość może być więc ujmowana jako zjawisko regulowane przez trzy powiązane funkcjonalnie systemy: przywiązanie, opiekuńczość i płeć.

Koncepcja Hazan i Shaver (1994) budzi określone kontrowersje. Prezentowany przez nich typ rozumowania przyjmuje ukryte założenie, że wszystkie romantyczne relacje są relacjami przywiązaniowymi, a przecież więź między partnerami może wynikać z doświadczeń innych niż doświadczenie relacji z rodzicem. Ponadto teoria ta jest zbyt wąska w wyjaśnianiu rozwoju i funkcji przywiązania w romantycznych relacjach. W literaturze ogólnie zakłada się, że wszystkie dzieci przywiązują się do swoich pierwszych opiekunów (Fraley, Shaver, 2000). W bliskich związkach osób dorosłych przywiązanie nie zawsze ujawnia się obustronnie, nie musi też być wynikiem doświadczeń przywiązaniowych z przeszłości. Ponadto przywiązanie może występować także w relacjach innych niż romantyczne (przyjaźń, więź między rodzeństwem, przywiązanie do nauczyciela, relacje duchowe). Natura więzi może być zatem różna. Teoretycy przywiązania wymieniają różne właściwości odróżniające relacje przywiązaniowe od innych. Zauważają oni, że więź

przywiązaniowa charakteryzuje się tendencją jednostki do pozostawania w bliskim kontakcie z obiektem przywiązania. Ponadto obiekt przywiązania dostarcza poczucia bezpieczeństwa w czasie doświadczania różnych zagrożeń, np. choroby, i ułatwia swobodną, eksploratywną aktywność.

Przeprowadzono wiele badań mających na celu zbadanie preferencji w zakresie tych trzech aspektów (bliskości, opiekuńczości i bezpieczeństwa) przez osoby w różnym wieku. Wyniki przekrojowych analiz pokazały, że jako obiekty przywiązania dzieci wskazywały przede wszystkim rodziców, a młodzież i dorośli bliskich przyjaciół czy romantycznych partnerów. Zgodnie z modelem Hazan trzy funkcje są przenoszone z obiektu przywiązania na inne osoby z zachowaniem następującej kolejności – utrzymywanie bliskości, otrzymywanie bezpiecznego schronienia (*safe haven*) oraz podstaw bezpieczeństwa (*secure base*). Ten wzorzec transferu koresponduje ze stadiami rozwoju przywiązania omawianymi przez Ainsworth. Najlepszym obiektem jest oczywiście taka osoba, która może spełniać te trzy funkcje jednocześnie (Fraley, Davis, 1997; Fraley, Shaver, 2008; Fraley i in., 2013). Badacze zauważyli, że ci, którzy wykazywali większe oczekiwania wobec bliskich (przyjaciela, romantycznego partnera), sami byli bardziej opiekuńczy, ufni i gotowi na głębszą intymność. Chociaż te studia wskazują na powiązanie przywiązaniowych relacji z innymi rodzajami emocjonalnych relacji w dorosłości, powinny być traktowane z ostrożnością. Po pierwsze, jak wskazują badania Trinke i współpracowników (Trinke, Bartholomew, 1997), niektóre osoby mają skłonność do traktowania swoich partnerów jako dających im oparcie (poczucie bezpieczeństwa) w trakcie doświadczania stresu, lecz niekoniecznie wykazują tendencje do bycia z nimi w bliskości. Najlepszym markerem przywiązania może być czas trwania dystresu czy zakłóceń w emocjonalnym funkcjonowaniu po zakończeniu czy zerwaniu relacji. Niemniej badania wskazują, że jednostki lękowe są bardziej skłonne do doświadczania separacyjnego stresu w sytuacji czasowej czy długiej separacji (Fraley, Shaver, 1998). Powstaje również pytanie, jak hierarchie przywiązaniowe są reorganizowane w przypadku rozpadu relacji (rozwód, separacja, śmierć). Badania nad osobami doświadczającymi straty, żałoby pokazują, że jednostki te szukają dróg kontynuacji więzi ze zmarłym małżonkiem czy innym ważnym partnerem życiowym, że osoba zmarła może zachowywać uprzywilejowaną

pozycję w osobistej hierarchii relacji przywiązaniowych partnera. Brak jest natomiast wiedzy na temat tego, jak taka reorganizacja funkcjonuje w następstwie rozwodu czy zerwania przedmałżeńskiej romantycznej relacji. Inną kwestią jest zachowanie się osób mających tendencje do unikania bliskości. Prawdopodobnie są one mniej skłonne do nawiązywania czy budowania przywiązaniowych relacji z innymi ze względu na preferowanie strategii defensywnych (Fletcher, Simpson, Boyes, 2006; Heffernan i in., 2012).

Niepodważalną kwestią jest istnienie relacji przywiązaniowych wśród osób dorosłych, mimo dyskusji dotyczącej zależności tych relacji od przywiązania doświadczanego przez daną osobę w niemowlęctwie. Są różne stanowiska odnośnie do typów przywiązania w dorosłości. Hazan i Shaver przyjmują trójwymiarowy model, różnicujący jednostki przez analogię do propozycji Ainsworth, analizującej zachowania niemowląt. Inni badacze wychodzą poza ten model, przedstawiając odmienne propozycje (Trinke, Bartholomew, 1997). Na przykład Bartholomew utrzymuje, że wzór unikowy opisany przez Hazan jest w konflikcie z dwiema teoretycznie różnymi formami unikania, które można określić jako bojaźliwe (*fearful*) i oddalające (*dismissing*). Uważa, że osoby, które cechuje bojaźliwe unikanie, przyjmują unikową orientację w relacjach przywiązaniowych w celu ochrony przed zranieniem czy odrzuceniem przez partnera. Natomiast „strategia oddalająca” jest stosowana przez osoby broniące swojej niezależności i samodzielności. W konsekwencji tego rozumowania proponowany jest czterokategorialny model przywiązania u dorosłych: bezpieczne, ambiwalentne, bojaźliwo-unikowe oraz oddalająco-unikowe. Każdy z czterech typów przywiązania występuje wewnątrz dwudymensjalnej przestrzeni definiowanej przez pozytywne lub negatywne reprezentacje siebie i innych. Na przykład osoby „bezpieczne” charakteryzują się utrzymywaniem pozytywnej reprezentacji siebie (spostrzegają siebie jako wartościowe i sympatyczne) oraz innych (spostrzegają ich jako autentycznie wrażliwych, życzliwych czy usłużnych) (Bartholomew, Horwitz, 1991).

Kelly Brennan, Catherine Clark i Phillip Shaver (1998), poszukując optymalnych dymensji romantycznych relacji, dokonali przeglądu literatury źródłowej, w efekcie czego znaleźli ponad 320 itemów, których analiza wskazuje na zasadność modelu dwukategorialnego. Jedna z dymensji, którą

nazywają lękiem, koresponduje z lękliwą czujnością dotyczącą odrzucenia i porzucenia (*abandonment*). Druga – nazwana unikaniem – jest w relacji z dyskomfortem związanym z zależnością i bliskością czy niechęcią bycia w bliskości z innymi. Chociaż te dwie główne dymensje wydają się wyrażać indywidualne różnice w romantycznym przywiązaniu dorosłych, ostatnio widoczne jest myślenie o nich w dwojaki sposób. Jedni badacze faworyzują model siebie i model innych (Klohnen, Bera, 1998), podczas gdy inni są zwolennikami interpretacji w kategoriach emocjonalnej i behawioralnej regulacji (por. Kirkpatrick, Davis, 1994). W odniesieniu do pierwszego z tych podejść wysuwanych jest kilka zastrzeżeń. Podkreśla się, że itemy są rezultatem konceptualizacji ograniczającej się do szacowania wrażliwości na odrzucenie oraz satysfakcji wynikającej z zależności od innych. Ponadto model ten zakłada, że jednostki zaabsorbowane (*preoccupied*) mają pozytywny obraz innych – jako wrażliwych, troskliwych, dostępnych itd. Taka charakterystyka nie jest zgodna z badaniami empirycznymi, które sugerują, że wysoce angażujące się jednostki są często złe, zazdrosne, walczące, skłonne do odczuwania, że partnerzy są niewrażliwi na ich potrzeby (Fraley i in., 2013). Ponadto zauważa się, że zachowania przywiązaniowe występują u wielu gatunków (nie tylko u człowieka), co sprawia, że można podawać w wątpliwość ścisły związek przywiązania i modelu reprezentacji siebie. Ludzkie niemowlęta, u których zauważa się przejawianie zróżnicowanych form przywiązania, nie mają przecież zdolności do bardziej złożonych form spostrzegania siebie i innych. Zatem przyjęcie modelu indywidualnych różnic w przywiązaniu dorosłych, mówiącego o reprezentacji siebie i reprezentacji innych, w znaczącym stopniu utrudnia konstruowanie modelu przywiązania odpowiedniego do analizowania zachowań zarówno dorosłych, jak i niemowląt. Z pewnością różne konstrukcje „pracujących modeli” są użyteczne w badaniach nad przywiązaniem, niemniej, jak podkreśla wielu badaczy, powinny one brać także pod uwagę ciągłość zachowań przywiązaniowych.

Stąd też ostatnio są widoczne próby traktowania indywidualnych różnic w przywiązaniu jako wynikających raczej ze zróżnicowania przywiązaniowych systemów behawioralnych, niż z reprezentacji siebie i innych (Fraley, Shaver, 1998). Z tej perspektywy te dwie dymensje mogą być konceptualizowane jako odzwierciedlające różnorodność

w funkcjonowaniu dwóch fundamentalnych subsystemów czy komponentów behawioralnego systemu przywiązaniowego. Mowa jest tu o stylach przywiązania – sposobach wchodzenia w relacje z innymi w kontekście intymnych związków. Ludzie różnią się zasadniczo sposobami podchodzenia do bliskich relacji. Na przykład jedni odczuwają komfort, otwierając się emocjonalnie na innych, podczas gdy drudzy unikają takiej relacji. Zgodnie z teorią przywiązania, są dwa podstawowe rodzaje różnic w myśleniu o relacjach. Pierwszy rodzaj zależy od poziomu lęku – osoby o wyższym jego poziomie mają tendencję do zamartwiania się tym, czy ich partnerzy rzeczywiście kochają je i częściej też obawiają się odrzucenia z ich strony. Ludzie o niskim poziomie lęku dużo mniej martwią się w tej materii. Drugi rodzaj różnic zależy od poziomu unikowego przywiązania. Osoby, które uzyskują wysokie wyniki na tej skali, odczuwają dyskomfort, będąc w zależności od innych i otwierając się na nich.

Jedną z korzyści przyjmowania modelu indywidualnych różnic raczej w terminach organizacji dynamiki systemów przywiązania niż w terminach pracujących modeli siebie i innych jest to, że takie podejście pozwala ujmować indywidualne różnice w niemowlęctwie i dorosłości wewnątrz tej samej struktury. Jest to konceptualizacja pasująca do analizy zachowań przywiązaniowych zarówno dzieci, jak i dorosłych. Innymi słowy, wzory przywiązania dorosłych ujmowane w ich osobistych raportach i wzory przywiązania niemowląt ujmowane w procedurze obcej sytuacji mogą być traktowane jako mające tę samą ukrytą strukturę oraz dynamikę (Heffernan, Fraley, 2013; Chopik, Edelstein, Fraley, 2013).

Struktura i funkcje roboczych modeli prawdopodobnie zmieniają się (zmiana jest uświadamiana lub nieuświadamiana przez podmiot) w różny sposób. Na przykład jednostki utrzymujące dystans (*dismissing*) mogą uważać, że relacje społeczne nie są wartością tak bezwzględną, aby dokładać starań na rzecz ich utrzymania. Mają więc przekonanie, że są zdolne do osiągnięcia sukcesu bez pomocy innych i nie muszą się martwić ewentualnością odrzucenia przez partnera. Chociaż takie przekonania mogą się ujawniać na różnych płaszczyznach (poziom inwestowania w innych, poczucie samowystarczalności, obawa przed porzuceniem), jest prawdopodobne, że oddziałują one wzajemnie z behawioralnym systemem tylko częściowo. Innymi słowy, te wieloaspektowe reprezentacje mają

„przełożenie” na behawioralną orientację określaną przez pojedynczy cel, jakim jest unikanie intymności. Dwudymensjonalny model może zatem wystarczać do reprezentowania zmienności w fundamentalnych procesach dotyczących bliskich więzi, nawet jeżeli mają one bardziej zróżnicowane odcienie (co ma odzwierciedlenie w badaniach empirycznych).

Inną korzyścią z ogniskowania się na dwóch funkcjonalnie różniących się komponentach więzi przywiązaniowych jest to, że można dzięki temu uwzględniać bardziej wyrafinowane zestawy pytań dotyczących procesu przywiązania i bliskich relacji. Na przykład jest możliwe, że każdy z dwóch komponentów systemu daje odmienny obraz społecznych interakcji. W studiach par żyjących w separacji Fraley i Shaver (1998) odkryli, że zróżnicowanie pod względem lęku było zwiazane z lękiem separacyjnym wśród kobiet, ale tylko zmienność w unikaniu była związana ze strategiami behawioralnymi faktycznie przez nie stosowanymi. Być może jest tak, że zróżnicowanie w poziomie lęku jest silniej związane z różnicami we wczesnych relacjach społecznych (takich jak częstość separacji czy reaktywność opiekuna), podczas gdy dla zróżnicowania w unikaniu nie ma to istotnego znaczenia.

Najwięcej zastrzeżeń wśród badaczy budzi teza stwierdzająca, że wzory relacji między romantycznymi partnerami są kształtowane przez jego czy jej historię interakcji z rodzicielskim obiektem przywiązania. Chociaż idea, że style przywiązania w relacji z rodzicami mogą wpływać na style przywiązania w romantycznych relacjach jest względnie niekontrowersyjna, to hipotezy dotyczące źródła i poziomu zachodzenia na siebie dwóch rodzajów przywiązaniowych orientacji, mogą budzić określone kontrowersje (Baldwin, Fehr, 1995; Klohnen, Bera, 1998; Heffernan, Fraley, 2013; Heffernan i in., 2012).

Najbardziej oczywistą drogą do uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące wpływu doświadczenia przywiązania w niemowlęctwie na wzory romantycznego przywiązania są badania longitudinalne, na które ciągle wzrasta zapotrzebowanie, tym bardziej, że studia nad romantycznym przywiązaniem są relatywnie młode (Jacobsen, Eldenstein, Hofmann, 1994; Kirkpatrick, Davis, 1994; Klohnen, Bera, 1998; Plopa, 2011a). Znane są właściwie jedne longitudinalne studia, w których był badany (za pomocą strategii badawczej „obcych sytuacji”) związek między doświadczeniem bezpieczeństwa w 1 r.ż. a jakością romantycznych relacji w okresie

dorosłości. Dokonane analizy wskazywały na istotną korelację między wyróżnionymi zmiennymi (Fraley, Shaver, 2000). Związek ten był też badany w innych retrospektywnych studiach. Hazan i Shaver (1994) odkryli, że dorośli, którzy utrzymują bezpieczne przywiązanie w romantycznych relacjach, częściej przypominali sobie swoje relacje z rodzicami jako opiekuńcze, akceptujące, czułe. Inne badania (Owens i in., 1995) dotyczące relacji między bezpiecznymi relacjami w dzieciństwie i romantycznymi więziami u zaręczonych par wskazują na ich umiarkowaną zależność (r = 0,29). Z kolei w niepublikowanych studiach 215 studentów, gdzie stosowano „self-reported" pomiar (pomiar oparty na osobistych wypowiedziach osób badanych) poziomu bezpieczeństwa ze znaczącym rodzicem i pomiar jakości relacji z aktualnym romantycznym partnerem, uzyskano korelację rzędu r = 0,3. Wstępnie można więc konkludować, że związek między reprezentacją przywiązania z rodzicem i przywiązaniowymi orientacjami w związkach romantycznych jest w najlepszym razie umiarkowany.

Ciągle aktualne jest pytanie o to, czy wczesne doświadczenia formują wzory bliskich więzi w romantycznych związkach dorosłych. Jak twierdzą Hazan i Zeifman (1999), najważniejszą propozycją teorii jest założenie mówiące, że system powstały w niemowlęctwie nadal wpływa na zachowanie, myślenie i uczucia w dorosłości. Jak sugerują badacze, taka propozycja jest trafna bez względu na to, jakie różnice występują między jednostkami na drodze, na której system jest organizowany, ponieważ pozostaje on w miarę stabilny przez długi okres (Fraley i in., 2013). Ogólnie wszystkie modele zakładają, że różnice indywidualne w reprezentacji przywiązania są kształtowane przez zmienność doświadczeń z opiekunami we wczesnym dzieciństwie, i że te wczesne reprezentacje kształtują jakość następnych doświadczeń przywiązaniowych jednostki. Niektóre z modeli zakładają, że egzystujące reprezentacje są uaktualniane i rewidowane w świetle nowych doświadczeń, tak że starsze reprezentacje są ostatecznie kasowane. Ważne jest to, że założenia teorii przywiązania mogą być stosowane do budowania rozwojowych modeli uwzględniających różne przewidywania odnośnie do długoterminowej stabilności indywidualnych różnic.

W innych badaniach, także polskich, potwierdzono zależność między stylami wychowania rodziców a jakością relacji przywiązaniowych między

dorosłymi partnerami. Takie cechy zachowań rodzicielskich, jak: plastyczność, akceptacja, odrzucenie, bezradność, niepewność korespondują dosyć wyraźnie z poczuciem bezpieczeństwa i autonomii, z tendencją do unikania czy zaabsorbowania. Kategorie opiekuńczości rodziców są wysoce predyktywne odnośnie do orientacji przywiązania ich dzieci w dorosłości. Z tego względu badania romantycznych relacji czy więzi w parach w aspekcie przywiązania łącznie z badaniem stylów wychowawczych prezentowanych przez rodziców zasługują na szczególną uwagę. Dostarczają bowiem danych mogących lepiej wyjaśniać zarówno dynamikę, jak i rodzaje zachowań przywiązaniowych prezentowanych przez każdego z członków bliskiego związku (Iniewicz, 2008; Plopa, 2008, 2012; Burtan, 2012; Płaczek, 2012; Kaźmierczak, Plopa, 2012).

W literaturze dostrzega się jeszcze mało prac, dotyczących roli seksualnego systemu behawioralnego w kreowaniu bliskich więzi między parami w okresie dorosłości, opartych na idei Hazan i Shavera. Kilka studiów pokazuje, że unikowe przywiązanie koreluje z „nieograniczoną" czy „rozwiązłą" orientacją seksualną (Brennan, Clark, Shaver, 1998; Brennan, Shaver, 1995), która, jak utrzymywano wcześniej, mogła być jednym ze sposobów redukowania przez „unikowe jednostki" prawdopodobieństwa powstawania silniejszego związku z romantycznym partnerem. Z innych badań wynika, że style przywiązania wykazują istotną współzależność z częstotliwością i jakością intymnej seksualnej aktywności z osobą szczególnie lubianą (*person enjoys*). „Bezpieczne jednostki" preferowały szeroki wachlarz seksualnej aktywności (ta prawidłowość dotyczyła szczególnie związków dłużej trwających). „Osoby zaangażowane" (*preoccupied*) wolały „przytulankowe" (*cuddly*) aspekty intymności od gier czysto erotycznych.

Na podstawie wielu obserwacji dotyczących zachowań społecznych niemowląt, dzieci i adolescentów doświadczających bezpiecznego przywiązania i zauważono określoną ciągłość wzorców zachowań w biegu życia. Były to badania obserwacyjne, kwestionariuszowe, prowadzone metodą wywiadu itp. Potwierdzały one u osób doświadczających bezpiecznego przywiązania wyższy poziom kompetencji społecznych, mniejszą tendencję do izolacji, większą popularność, empatyczność, większe angażowanie się w rozwiązywanie powstałych w grupie problemów, częstsze podejmowanie ról przywódczych, wyższe

kompetencje interpersonalne oparte na zaufaniu do innych, wysoki poziom swobody w wyrażaniu emocji i emocjonalnej otwartości. Doświadczenie przywiązania bezpiecznego prawdopodobnie skutkuje również wyższym poziomem androgyniczności, zarówno w odniesieniu do chłopców, jak i do dziewcząt. Przywiązanie unikające jest kojarzone z problemami zachowania, nawet naruszającymi normy prawne (agresja, rozboje). Tego typu teza jest oparta na założeniu, że wczesne doświadczanie braku reakcji opiekuna na prezentowaną potrzebę bliskości uczy ignorować własne odczucia dystresu i tego, że nie można liczyć na zainteresowanie innych ani mieć do nich zaufania. Dorastając, jednostki z takimi doświadczeniami posiadają aktywny model dorosłych jako ignorujących ich osobę. Jest to ocena zrozumiała, biorąc pod uwagę mechanizm jej kształtowania się – rodzi się tendencja do przyjmowania oceny, że tacy są inni, tendencja zapewne zbyt uogólniona, ale łącząca się z doświadczeniem przywiązania. Frustracja wzmaga złość, skierowaną nie przeciw rodzicom, ale przeciw innym osobom.

Wiele badań – także polskich, prowadzonych pod moim kierunkiem lub opartych na stworzonej przeze mnie metodzie (Plopa, 2008) – pokazuje, że bezpieczne przywiązanie wiąże się z odpowiednimi zachowaniami w relacjach małżeńskich (większa ustępliwość, kooperatywność, wrażliwość, odwzajemnianie uczuć, otwartość, konstruktywna komunikacja). Więcej konfliktów, większą agresywność werbalną i fizyczną, nieukształtowanie się bądź szybki zanik romantycznych relacji, jak również przesadną zazdrość obserwowano w tych małżeństwach, w których przynajmniej jeden z partnerów pochodził z rodziny, gdzie doświadczał braku bezpiecznego przywiązania (por. Kobak, Hazan, 1991; Kaźmierczak, Plopa, 2006; Lazar, 2009; Zalewicz, 2010; Zawadzka, 2010; Liberska, Suwalska, 2011b; Lekszycka, 2012; Miłoszewska, 2012; Tryjarska, 2012; Bukalski, 2012; 2013). Inne badania pokazują, że rodzaj przywiązania mężczyzn w większym stopniu niż rodzaj przywiązania kobiet łączy się z jakością związku małżeńskiego. Miłość między kobietą i mężczyzną w dorosłym życiu różni się od miłości rodzicielsko-dziecięcej tym, że w dorosłej diadzie obaj partnerzy mają potencjalnie podobną siłę i status, mogą być obiektami przywiązania i przywiązywać się. Tutaj też włącza się aspekt atrakcyjności seksualnej. Stąd miłość między dorosłymi to integracja przywiązania, opieki i seksualności. Badania pokazują, że

prezentowane style przywiązania w dorosłości są podobne do stylów przywiązania w dzieciństwie (Belsky, Cassidy, 1994; Thompson, 1999; Goldberg, 2000; Plopa, 2007b, 2008; Fraley i in., 2013; Chopik, Edelstein, Fraley, 2013).

Dosyć powszechnie przyjmowany jest pogląd, że wzór wczesnego przywiązania jako jeden z ważniejszych czynników odrywa rolę ochraniającą czy wzmacniającą odporność jednostki na przyszłe zaburzenia. Funkcjonuje w literaturze (nie tylko związanej z teorią przywiazania) teza, że relacja rodzic–dziecko jest podstawowym składnikiem źródeł psychopatologii. Wyraźnie uwidacznia ten sposób myślenia wzrost zarowno liczby badań empirycznych, jak i zainteresowania procedurami mierzenia przywiązania. Ostatnio funkcjonuje pogląd, że źródła psychopatologii są bardziej kompleksowe (stresory rodzinne, dyscyplina, właściwości podmiotowe dziecka – jego temperament, problemy neurobiologiczne).

Są dwie podstawowe strategie ewaluacji tezy o roli przywiązania w powstawaniu zaburzeń rozwojowych. Pierwsza to prowadzenie podłużnych badań od wczesnego dzieciństwa do osiągnięcia dojrzałości. Strategią alternatywną jest badanie przypadków klinicznych, chociaż tu też istnieją trudności, wynikające ze zmiany przywiązania w przebiegu życia, a ponadto samo zaburzenie może zmieniać niektóre aspekty pierwotnego wzoru. Wiele badań prowadzonych jest metodą retrospektywną, za pomocą sięgania pamięcią do wczesnych doświadczeń (*self report*) dotyczących specyficznych wydarzeń. Hipoteza zakładająca, że doświadczenie unikającego typu przywiązania powoduje wzrost podatności na problemy zachowania, jest ogólna i szeroka, bo nie wyodrębnia różnych typów przywiązania i różnych typów zaburzeń. Niektórzy badacze łączą unikowe przywiązanie z problemami zewnętrznymi – według nich zachowanie jest przyczyną złych relacji interpersonalnych i kłopotów z innymi (agresja oraz naruszania norm prawnych).

W podsumowaniu dotyczącym związku wzoru przywiązania z zaburzeniami zachowania, można stwierdzić, że unikowy wzór przywiązania ma wpływ na problemowe zachowanie, ale nie w stopniu decydującym. Jaśniej mówiąc, nie może on być najważniejszą przyczyną psychologicznych zaburzeń; jest raczej czynnikiem ryzyka, który ma związek z podwyższaniem czy obniżaniem się odporności na stres. Wyraźniejsze związki wynikają ze studiów w grupach klinicznych, ale

kierunek wpływu nie jest jednoznaczny. Wiadomo, że pacjenci psychiatryczni częściej mają traumatyczne doświadczenia z przywiązaniem niż osoby zdrowe. Obserwuje się gwałtowny wzrost badań dotyczących roli przywiązania w powstawaniu psychicznych zaburzeń. Szczegółowe studia klinicznych przypadków mogą w przyszłości doprowadzić do większego zróżnicowania między kategoriami przywiązania. Badania kliniczne mocno wzmacniają tezę, że nietypowe wzorce przywiązania silnie wiążą się z diagnozowaniem różnych zaburzeń w rozwoju osobowości. Mimo ograniczeń, teoria przywiązania ma wciąż ważne aplikacje w klinicznej praktyce. Wzrasta liczba klinicystów, którzy chcą wykorzystywać koncepcję przywiązania do wzbogacania psychoterapii (Main, 1996; Lieberman,1997; Rutter, 1997; Dozier, Stovall, Albus, 1999; Greenberg, 1999; Moss, St-Laurent, Parent, 1999; Mikulincer, Shaver, Pereg, 2003; Rajewska-Rynkowska, 2005; Kozińska, 2006; Reynaud, Karila, Blecha, 2010; Drożdżowicz, 2012; Godowska, 2012).

Podsumowując przedstawione analizy i refleksje, warto podkreślić nasuwającą się oczywistość, że nie można wszelkich wyjaśnień sprowadzać do koncepcji więzi przywiązaniowych. Z pewnością są granice jej użyteczności w interpretowaniu różnych aspektów ludzkiego funkcjonowania, ujętych z perspektywy rozwojowej. Od ponad 15 lat teoria przywiązania dostarcza także podstaw teoretycznych do badania intymnych relacji osób dorosłych w powiązaniu z ich doświadczeniem bliskości we wczesnych fazach rozwoju. Ostatnie prace także wykazują, że funkcjonowanie ludzi w bliskich związkach przejawia się różnorodnie, zależnie od indywidualnych różnic mających bogate uwarunkowania. Stąd też styl przywiązaniowy, jaki prezentują poszczególne osoby, może mieć różne źródła, tak jak różne są biografie tych osób. Zgodzić należy się z poglądem, że źródła trudności w funkcjonowaniu rodzinnym są bardziej kompleksowe (np. rodzinne stresory, właściwości podmiotowe, problemy neurobiologiczne), stąd teoria więzi przywiązaniowych wymaga dalszej refleksji teoretycznej. Ważne są również prace nad metodologią – metody badania przywiązania w późniejszym wieku są kontrowersyjne, chociaż inspirujące. Ale nie można też przejść obojętnie wobec osiągnięć badawczych dokonywanych w paradygmacie teorii przywiązania, na co starałem się zwrócić uwagę w tym rozdziale.

Rozdział 7

Seksualność w związkach małżeńskich

Magdalena Grabowska

7.1. Pojęcie seksualności
7.2. Aktywność seksualna małżonków i jej uwarunkowania
    7.2.1. Wiek małżonków
    7.2.2. Staż małżeństwa
    7.2.3. Relacje między małżonkami
7.3. Problemy seksualne małżonków

Jednym z powodów, dla których ludzie wstępują w związki małżeńskie, jest realizacja własnej seksualności. We współczesnych wyjaśnieniach tego ostatniego terminu akcentuje się te czynniki, które ściśle powiązane są z instytucją małżeństwa i jego funkcjonowaniem, tj. pożądanie, zachowania seksualne, reprodukcję oraz intymność. Seksualność jest więc niejako wpisana w definicję małżeństwa, które bywa określane jako związek prawny kobiety i mężczyzny, zawarty zgodnie z prawem i obyczajem w obecności władzy administracyjnej lub duchownej w celu utworzenia rodziny – „wspólnoty życia codziennego pokoleń i współżycia seksualnego partnerów" (Trawińska, 1996, s. 144). Więź seksualna małżonków ulega przekształceniom m.in. wraz ze starzeniem się partnerów oraz stażem związku, a także w wyniku oddziaływania wielu innych czynników pozaseksualnych. Rozpatrując bowiem aktywność seksualną małżonków, warto osadzać ją w ogólnym kontekście ich życia, gdyż trudno jest funkcjonowanie w sferze seksualnej wyabstrahować z szerokiego tła życia jednostki, na które składa się m.in. jej styl życia, doświadczane kryzysy, pełnione role (rodzinne, społeczne, zawodowe itd.) oraz zadania rozwojowe, którym powinna sprostać.

Poddając analizie dane statystyczne dotyczące zachowań seksualnych małżonków, warto także pamiętać, iż zostały one w znacznej większości zgromadzone metodą „papier-ołówek", na zasadzie samoopisu sporządzanego przez osoby badane. Konsekwencją takiej procedury badawczej jest to, że badani mogą zaniżać lub zawyżać swoją punktację w poszczególnych skalach mierzących ich zachowania seksualne. Zjawisko to, będące pochodną autoprezentacji, bywa przykładowo modyfikowane przez powszechne stereotypy (np. „Kobiety mają mniejsze potrzeby seksualne niż mężczyźni", „Zdrowi mężczyźni mają zawsze ochotę na współżycie"). Inną możliwością badania ludzkiej seksualności są m.in. metody obserwacyjne, zastosowane chociażby przez Mastersa i Johnson (1966). Wybór takiego sposobu pomiaru, choć niewątpliwie niesie za sobą wiele korzyści badawczych, wiąże się jednak z koniecznością uwzględnienia w interpretacji wyników specyfiki osób badanych – osób, które zdecydowały się np. podjąć współżycie seksualne w obecności kamer i specjalistycznej aparatury.

7.1. Pojęcie seksualności

Seksualność jest bez wątpienia zjawiskiem niezwykle złożonym. Wyjaśnień elementów ją współtworzących starały się dostarczać pojawiające się w nauce nurty teoretyczne i powiązane z nimi projekty badawcze. **Nurt psychoanalityczny** wniósł m.in. definicję popędu, rozumianego jako wrodzona, psychiczna reprezentacja „wewnętrznego, somatycznego źródła pobudzenia", kontrolująca wybiórczo zachowanie człowieka przez zwiększanie wrażliwości na określony typ bodźców (np. bodźce seksualne) (Hall, Lindzey, 1990, s. 46). Przedstawiciele tego kierunku zwrócili ponadto uwagę na nieświadomą dynamikę relacji seksualnych, a także na rolę mechanizmów obronnych i czynników emocjonalnych w sferze seksualnej (Horowitz i in., 1988, za: Tavris, Waul, 1999).

Teorie uczenia się z kolei wzbogaciły wiedzę seksuologiczną o założenie, że ludzie w toku rozwoju uczą się zachowań seksualnych. Na przykład proces warunkowania instrumentalnego pozwala wyjaśnić m.in. mniejszą częstotliwość podejmowania kontaktów seksualnych w efekcie skojarzenia ich z bólem lub z innymi negatywnymi bodźcami (McGuire, 1965, za: Hyde, 1979). Inny przykład stanowić tu może teoria uczenia się autorstwa Simona i Gagnona (1986). Autorzy ci twierdzili, iż znaczne spektrum zachowań seksualnych wyznaczane jest przez wyuczone skrypty seksualne, do których zalicza się m.in. scenariusze kulturowe, zawierające oczekiwania danej kultury co do prawidłowości określonych zachowań. Ponadto zachowania seksualne partnerów determinują scenariusze interpersonalne, czyli reguły zachowań wypracowane w konkretnym związku, a także scenariusze intrapsychiczne, które rozwijają się na podstawie doświadczeń osobistych i stanowią indywidualne wyobrażenia na temat satysfakcjonującej aktywności seksualnej.

Do procesów uczenia się odwoływał się także **ekologiczny model seksualności** (Whalen, 1966, za: Imieliński, 1985). Zgodnie z omawianą koncepcją motywacja seksualna, przejawiająca się w zdolności i gotowości do reakcji seksualnych oraz w sile popędu seksualnego, jest rezultatem skłonności organizmu do określonych reakcji na poszczególne bodźce. W modelu tym przyjmuje się, że motywacja stanowi wynik dwóch czynników: wrodzonych cech jednostki, które zmieniają się w trakcie jej

rozwoju, a także właściwości nabytych, będących skutkiem procesów uczenia się (Imieliński, 1985).

Warta podkreślenia jest również rola **nurtu poznawczego** we wzbogacaniu wiedzy na temat ludzkiej seksualności. Nurt ten podejmował m.in. problematykę roli postaw, przekonań, oczekiwań i wartościowania w kształtowaniu aktywności seksualnej oraz kwestię zadowolenia z omawianej sfery życia. Z kolei perspektywa poznawczo-rozwojowa stała się istotnym źródłem wiedzy o przebiegu procesu rozwoju ról płciowych (Kohlberg, 1966).

Przykładem bardzo szerokiego pojmowania seksualności i jej determinant jest **model wywodzący się z materializmu kulturowego** (Harris, 1979, za: Bancroft, 2011), obejmujący takie składowe, jak infrastruktura reprodukcyjna, rozrodcze komponenty bazy oraz komponenty nadbudowy. Wskazuje się tu m.in. na istotność czynników demograficznych, na neurobiologiczne podstawy seksualnej wrażliwości, procesy rozwoju związane z wiekiem (w tym rozwój emocjonalny oraz poznawczy), na metody regulacji płodności; rozważane są w nim również wzorce związków (monogamia *vs* poligamia, małżeństwo *vs* kohabitacja) oraz struktura rodziny (matrylinearność *vs* patrylinearność). Uzupełnienie wspomnianej koncepcji seksualności może stanowić tzw. **model podwójnej kontroli** (Bancroft, 2011), wyjaśniający wystąpienie odpowiedzi seksualnej i stanu podniecenia funkcjonowaniem układu pobudzania seksualnego i hamowania seksualnego. W modelu tym zakłada się, iż podniecenie seksualne, pojawiające się zazwyczaj w interakcji dwóch osób i powiązane ze scenariuszami kulturowymi, determinowane jest cechami neurobiologicznymi owych osób. Proces neurobiologicznego hamowania odpowiedzi seksualnej ma wartość adaptacyjną, gdyż chroni jednostkę przed podejmowaniem z różnych względów ryzykownych dla niej kontaktów seksualnych. Zakłada się tu także, iż skłonności do podniecenia oraz hamowania seksualnego są w znacznej mierze zindywidualizowane, a osoby o wysokiej skłonności do hamowania mogą doświadczać problemów z odpowiedzią seksualną. Z kolei osoby o silnej skłonności do pobudzania seksualnego (oraz/lub słabej skłonności do hamowania w tym zakresie) mogą przejawiać tendencję do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (ibid.).

Dokonując krótkiego przeglądu koncepcji seksualności, warto także wspomnieć o **cyklicznym modelu reakcji na bodźce** (Basson, 2000), będącym swoistą alternatywą dla linearnych koncepcji seksualności (por. Masters, Johnson, 1966). Model ten wyjaśnia uruchamianie czynności seksualnych kobiet przez motywy pozaseksualne (m.in. przez potrzebę potwierdzenia swej kobiecości, poprawy więzi małżeńskiej czy przez obawę dotyczącą reakcji partnera na odmowę podjęcia współżycia seksualnego) i prowadzi do wniosku, że dla kobiecej satysfakcji seksualnej istotna jest realizacja owych pozaseksualnych celów aktywności seksualnej.

Podsumowując przedstawione treści, trzeba zauważyć, że choć samo słowo „seksualność" wywodzi się z łacińskiego *sexus* (czyli płeć), to jednak nie jest to li tylko termin powiązany z biologiczną przynależnością jednostki do grupy kobiet lub mężczyzn. Seksualność obejmuje bowiem orientację seksualną, tożsamość i role płciowe, a także pożądanie, zachowania seksualne, reprodukcję oraz intymność. Jej kształt wyznaczają rozliczne czynniki, jak np. biologiczne, psychologiczne, społeczne, religijne, kulturowe i prawne (Zeiss, Kasl-Godley, 2001; Lew-Starowicz, 2010a). Z punktu widzenia dyskutowanej tu problematyki małżeństwa istotne jest także to, iż seksualność stanowi integralną część intymnych związków, a jednocześnie określana bywa jako główny czynnik, który, wykraczając poza biologię, skłania ludzi do tworzenia więzi (Imieliński, 1986; Young i in., 1998).

7.2. Aktywność seksualna małżonków i jej uwarunkowania

Ważnym elementem seksualności małżonków są **zachowania seksualne**. W definiowaniu owych zachowań przywołać trzeba ogólne pojęcie „zachowanie", określane jako czynność, która służy organizmowi do regulowania jego stosunków z otoczeniem. Istotą wspomnianej regulacji jest osiągnięcie efektu końcowego, czyli standardu regulacji. W przypadku zachowań seksualnych za standard regulacji zwykło się przyjmować satysfakcję seksualną (Gapik, 1985). Zachowania seksualne małżonków rozważać można ponadto z trzech perspektyw: heterotelicznej, autotelicznej

i teleonomicznej. Perspektywa **heteroteliczna** cel owych zachowań sprowadza do prokreacji, stanowiącej wszak jedną z funkcji rodziny. Perspektywa **autoteliczna** akcentuje natomiast rolę doświadczania przez partnerów stanów przyjemności, rozkoszy. Ostatnia perspektywa – **teleonomiczna** – spostrzega zachowania seksualne jako zachowania wielofunkcyjne, a więc zarówno wypełniające wspomnianą już funkcję reprodukcyjną, jak i służące realizacji popędu seksualnego i sprzyjające tworzeniu oraz podtrzymywaniu więzi małżeńskich (Barczyński, Bogusz, 1993).

Terminem równie istotnym dla opisu seksualności małżonków jest **aktywność seksualna**, która może być definiowana jako kompleks świadomych i dobrowolnych czynności, stanowiących efekt ludzkich pragnień powiązanych z seksualną sferą życia (Lew-Starowicz, Lach-Długołęcka, 1996). Aktywność seksualna obejmuje wszystkie czynności, które nastawione są na osiągnięcie satysfakcji seksualnej (np. stosunki koitalne, masturbację, petting). Czynności te pozwalają małżonkom zaspokoić potrzeby seksualne oraz zredukować napięcie seksualne (Goldenson, Anderson, 1994). Jednym z rodzajów aktywności seksualnej jest tzw. **aktywność apollińska**, będąca wyrazem fascynacji ludzkim ciałem, pięknem fizycznym partnera oraz zmysłowością. Aktywność ta nierzadko dominuje w początkowym etapie więzi tworzącej się między małżonkami. Kolejny rodzaj aktywności – **aktywność dionizyjska** – polega na ukierunkowaniu jednostki na zaspokajanie przede wszystkim własnych potrzeb seksualnych. W tym przypadku współmałżonek bywa traktowany przedmiotowo, li tylko jako obiekt wspomagający osiągnięcie satysfakcji seksualnej. Inny typ aktywności seksualnej, który może występować w związku małżeńskim, to **aktywność prometejska**, która ukierunkowana jest na zaspokojenie potrzeb współmałżonka oraz utrzymanie z nim bliskiej relacji. Współżycie seksualne, poza realizacją indywidualnych potrzeb seksualnych, koncentruje się więc tu na dobru związku i jego przetrwaniu. Ostatni rodzaj aktywności stanowi **aktywność buddyjska**, w której kompleksowo ujawnia się struktura potrzeb seksualnych, a także osobowość małżonków oraz relacje zachodzące między partnerami (Lew-Starowicz, Lach-Długołęcka, 1996).

Projekty badawcze skupione na aktywności seksualnej obejmują bardzo szerokie spektrum zachowań, w tym przykładowo dotyczą częstości

podejmowania współżycia seksualnego, jego form, satysfakcji z owego współżycia, stosowania przez partnerów antykoncepcji, częstości występowania zachowań masturbacyjnych i wielu innych. Analiza tak licznych i różnorodnych danych nastręcza pewnych trudności, funkcjonowanie małżeństw w sferze seksualnej uzależnione jest bowiem w znacznym stopniu od wielu czynników, w tym m.in. od stażu związku, wieku małżonków, ich religijności, stosunku do stereotypowych ról płciowych (Young i in., 1998). Z punktu widzenia dobrostanu współczesnych małżeństw warto jednak zauważyć, iż przeciętny **poziom zadowolenia z życia seksualnego** większość raportów określa jako wysoki (Lips, 2005; Grabowska, 2011; Izdebski, 2012). Na przykład w jednym z projektów badawczych badane osoby w wieku od 18 do 49 r.ż. w 16% oceniły swe pożycie seksualne jako bardzo dobre, w ok. 43% zaś – jako dobre (Izdebski, 2012). Wśród zachowań seksualnych wysoko cenione i często praktykowane są pocałunki, różnego typu pieszczoty oraz urozmaicanie współżycia przez zmienianie pozycji seksualnych w trakcie odbywania stosunku (Young i in., 1998; Izdebski, 2012). Różnice międzypłciowe zaznaczają się z kolei w zakresie preferencji stosunków oralnych i analnych, są to bowiem zachowania częściej deklarowane jako preferowane w grupie mężczyzn. W grupie tej także częściej spotyka się deklaracje dotyczące podejmowania **masturbacji**. Zachowanie to nie zanika wszak z chwilą rozpoczęcia współżycia w małżeństwie, lecz jest kontynuowane przez ok. 11% mężów i 7% żon. Kontynuacja ta wynikać może np. z rozbieżności między natężeniem potrzeb seksualnych małżonków, ale może również stanowić efekt przyzwyczajenia lub najskuteczniejszy sposób uzyskania seksualnej rozkoszy (Lew-Starowicz, 2004).

Dla małżonków istotną kwestią bywa także podejmowanie **kontaktów seksualnych w czasie ciąży**, gdyż u ok. 3/4 badanych ciężarnych odnotowuje się obniżenie podniecenia seksualnego i redukcję częstości współżycia. Ponadto ok. 80% kobiet nadal jest przekonanych, iż aktywność seksualna może mieć negatywny wpływ na przebieg ciąży (Lew-Starowicz, 2010b). W pierwszym trymestrze ciąży potrzeby seksualne kobiet mogą być mniejsze z powodu częstych w tym okresie stanów zmęczenia, nadmiernej senności i występowania mdłości. W trymestrze drugim wiele kobiet odnotowuje wzrost potrzeb seksualnych i szybciej osiąga seksualne

spełnienie, co wynika m.in. z objawów wywołanych zmianami hormonalnymi, takich jak przekrwienie oraz większa wrażliwość pochwy i piersi. W trzecim trymestrze potrzeba współżycia zazwyczaj słabnie – kobiety nierzadko czują się mało atrakcyjne, łatwo się męczą, dokuczają im bóle kręgosłupa i częste parcie na mocz. Po połogu potrzeby seksualne mogą być tłumione m.in. przez zmęczenie opieką nad noworodkiem. Kobieta może ponadto obawiać się dolegliwości bólowych podczas współżycia – ok. 69% kobiet decyduje się na pierwszy kontakt seksualny po porodzie pod wpływem prób męża (Lew-Starowicz, 2010b). Jest to też okres, w którym trudnością może okazać się połączenie w obrazie własnej osoby roli matki i kochanki. Warto tu także odnotować, że w ramach polskiego systemu opieki zdrowotnej zdecydowana większość kobiet nie otrzymuje od personelu medycznego użytecznych wiadomości ani na temat podejmowania kontaktów seksualnych w okresie poporodowym, ani w zakresie antykoncepcji (Lew-Starowicz, 2010b). Stosowanie wspomnianych **metod sterowania płodnością** deklaruje nieco ponad 50% badanych. Warto także zauważyć, iż nadal najpowszechniejszą metodą regulacji płodności jest używanie prezerwatyw (ponad 40% badanych), lecz wzrasta – zwłaszcza wśród osób w okresie wczesnej dorosłości – zainteresowanie metodami antykoncepcji hormonalnej (ok. 23% badanych) (Foster-Rosales, Stewart, 2002; Lew-Starowicz, 2010b; Izdebski, 2012).

7.2.1. Wiek małżonków

W analizie aktywności seksualnej małżonków konieczne wydaje się uwzględnienie ich wieku. Jest to bowiem czynnik zarówno wyznaczający przemiany biologiczne w organizmach kobiet i mężczyzn, jak i wpływający na realizowane role społeczne, podejmowane zadania, a także kreślący specyficzne fazy rozwoju związku. Procesy starzenia się skutkują m.in. wydłużeniem się czasu narastania podniecenia i czasu refrakcji oraz wzrostem zapotrzebowania na stymulację seksualną (Schulz, Ewen, 1993; Smolak, 1993; Turner, Helms, 1994; Lew-Starowicz, 2004). W grupie kobiet wspomniane procesy manifestują się np. w postaci kłopotów z lubrykacją oraz atrofii pochwy. To ostatnie zjawisko polega na skracaniu się jej, zwężaniu oraz utracie elastyczności (Hyde, 1979; Schulz, Ewen, 1993; Smolak, 1993; Turner, Helms, 1994; Lew-Starowicz, 2004). Wyniki

badań wskazują na obniżenie się poziomu seksualnego pożądania u kobiet w okresie menopauzy – dotyczy to również kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą (Woods, Mitchell, Smith-Di Julio, 2010). Co ciekawe, stwierdzono, że podejmowanie aktywności seksualnej (np. w formie stosunków seksualnych czy też masturbacji) może skutkować redukcją procesu starzenia się tkanek pochwy oraz podwyższeniem poziomu hormonów płciowych (Leiblum i in., 1983, za: Perlmutter, Hall, 1992). W grupie mężczyzn od ok. 40 r.ż. zaczyna się, początkowo nieznaczny, spadek liczby produkowanych żywych plemników (Kaplan, Sedney, 1980; Turner, Helms, 1994; Smolak, 1993; Bee, 2004). Wyniki badań świadczą o tym, że już u mężczyzn po 30 r.ż. nierzadko zauważa się objawy starzenia się penisów, polegające m.in. na twardnieniu i utracie elastyczności naczyń krwionośnych (Solnick, Birren, 1977, za: Perlmutter, Hall, 1992). Ze względu na uzależnienie mechanizmu erekcji od stanu naczyń krwionośnych zmiany te mogą negatywnie oddziaływać na czas osiągania erekcji członka oraz na jej trwałość. Na przykład osiągnięcie erekcji przez mężczyznę pięćdziesięcioletniego może wymagać około sześciokrotnie dłuższego czasu niż u mężczyzny 20-letniego (Solnick, Birren, 1977, za: Perlmutter, Hall, 1992). Jak wynika z przeprowadzonych badań seksualności Polaków, ok. 13% mężczyzn w wieku między 50 a 59 r.ż. doświadcza kłopotów z erekcją, w grupie wiekowej zaś powyżej 70 lat takie problemy dotykają ok. 55% badanych (Izdebski, 2012). Trzeba także podkreślić, iż postępujące wraz z wiekiem obniżenie poziomu testosteronu zazwyczaj powiązane jest ze spadkiem aktywności seksualnej. Nie należy jednak na podstawie tych danych jednoznacznie wnioskować o tym, iż niższy poziom hormonów prowadzi w prosty sposób do obniżenia częstości współżycia seksualnego. Istnieją bowiem badania, których wyniki pokazują, że to stymulacja seksualna powoduje m.in. wzrost produkcji testosteronu, tak więc można by przypuszczać, że niższy poziom testosteronu jest efektem mniejszej częstości współżycia seksualnego (Perlmutter, Hall, 1992).

Przedstawione zmiany fizyczne, a także przemiany w zakresie zadań rozwojowych, obowiązków dnia codziennego i ról pełnionych w społeczeństwie skutkują zmianami w zakresie zachowań seksualnych małżonków. Przemianom podlega m.in. częstość współżycia, dominujące i preferowane formy aktywności, a także stosowane metody regulacji

płodności (Lips, 2005; Grabowska, 2011; Izdebski, 2012). Na przykład przeciętna częstość podejmowania stosunków koitalnych osób w okresie wczesnej dorosłości wynosi od 6 do 11 razy w miesiącu (Rice, 1998; Lips, 2005; Drosdzol i in., 2005), u osób zaś w okresie średniej dorosłości liczba ta wynosi od 4 do 8 w miesiącu. W przypadku osób, które ukończyły 65 r.ż., średnia liczba stosunków koitalnych spada do 1–2 w miesiącu (Rice, 1998). Ciekawych danych dotyczących preferencji seksualnych i aktywności w tym zakresie wśród osób w okresie późnej dorosłości dostarczyły badania przeprowadzone na próbie 200 osób w wieku od 80 do 102 r.ż. (Bretschneider, McCoy, 1988, za: Turner, Helms, 1994; Rice, 1998). Badacze odkryli w ich wyniku, że ponad 60% badanych mężczyzn i 30% kobiet pozostawało aktywnych seksualnie; 70% mężczyzn i 40% kobiet masturbowało się, jako zaś najbardziej satysfakcjonujące formy aktywności badani wskazywali dotyk oraz pieszczoty (65% kobiet i 80% mężczyzn). Warto więc pamiętać, iż aktywność seksualna małżonków wraz z ich starzeniem się podlegać może przemianom zarówno jakościowym, jak i ilościowym. Starzejący się małżonkowie mogą podejmować starania w celu kontynuacji zachowań seksualnych w niezmienionej formie, lecz strategia ta jest obarczona ryzykiem niepowodzenia ze względu na ich zmniejszoną wydolność fizyczną (Cichocka, 2006). Możliwe jest również wybranie strategii polegającej na ograniczeniu zachowań seksualnych. Strategia ta może istotnie zmniejszać liczbę doświadczanych niepowodzeń i sprzyjać limitowaniu frustracji, jeżeli owo ograniczenie nie będzie znacznie deprywować potrzeb seksualnych małżonków i zaniżać ich samooceny w zakresie atrakcyjności seksualnej. Wybór ten może również okazać się stopniową drogą do pełnego wycofania się z aktywności seksualnej, co z kolei w konsekwencji wiązać się może z przyspieszeniem procesów starzenia się biologicznego, psychicznego i społecznego oraz z podwyższonym ryzykiem zachorowań (np. w przypadku mężczyzn – na nowotwory prostaty). Abstynencja starzejących się kobiet wynika nierzadko z problemów z erekcją ich małżonków (Lew-Starowicz, 1988; Kingsberg, 2002), a przyczyny owych problemów kobiety często upatrują w sobie i przypisują ją obniżeniu ich własnej atrakcyjności i kobiecości. Starzejący się małżonkowie mogą – zamiast rezygnować z aktywności seksualnej – zmienić dotychczasowe formy zachowań tak, aby możliwe było kompensowanie przemian wynikających z biologicznych procesów

starzenia. Na przykład zmiany te mogą polegać na stosowaniu leków wspomagających osiągnięcie erekcji, używaniu lubrykantów lub zastąpieniu stosunków koitalnych pieszczotami (np. petting i necking). Czerpanie zadowolenia z takiej strategii determinowane jest głównie stopniem akceptacji tych nowych zachowań przez małżonków (Cichocka, 2006).

7.2.2. Staż małżeństwa

Ważnym czynnikiem różnicującym zachowania seksualne małżonków okazuje się staż związku. Każdy bowiem trwający przez określony czas związek pozostawia historię emocjonalnych i behawioralnych przemian, w tym historię zmian zachodzących w sferze seksualnej. Wyniki badań pokazują np., iż liczba stosunków seksualnych jest w większym stopniu powiązana ze stażem związku niż z wiekiem osób badanych (Johnson i in., 1994, za: Klusmann, 2002). Staż wpływa więc na częstość podejmowania aktywności seksualnej, która przeciętnie po sześciu latach trwania małżeństwa zmniejsza się o połowę (Rice, 1998). Istotność stażu związku dla aktywności seksualnej potwierdzają też badania Klusmanna (2002), który wykazał, że w ciągu pierwszego roku trwania związku częstość stosunków seksualnych obniżyła się od początkowej liczby 10 do 5 stosunków na miesiąc. W tym przedziale czasu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn odnotowano także spadek poziomu satysfakcji seksualnej. Co ciekawe, zauważono też, że partnerzy utrzymujący satysfakcjonujące kontakty seksualne przed ślubem, nierzadko doświadczają obniżenia częstości współżycia, a także spadku intensywności owych kontaktów w ciągu pierwszych dwóch lat od zawarcia małżeństwa. Zmianę tę wyjaśnia się, wskazując na to, że często małżonkowie zaczynają traktować współżycie już nie przede wszystkim jako sposób wyrażania uczuć, lecz jako swoistą, zakontraktowaną oczywistość związku małżeńskiego (Bancroft, 2011).

Czas trwania związku modyfikuje także poziom przejawianej przez małżonków inicjatywy seksualnej, która w początkach związku bywa silniej przejawiana przez mężczyzn niż przez kobiety, upływ zaś czasu nierzadko zaciera tę różnicę. Ciekawych danych dostarcza także analiza częstości doświadczania rozkoszy w odniesieniu do stażu związku, w grupie osób

w okresie wczesnej dorosłości. Wyniki badań pozwalają zauważyć, że choć ok. 92% mężczyzn doświadczało orgazmu w efekcie odbycia stosunku seksualnego, to jednak czas trwania związku nasilał częstość przeżywania orgazmów w tej grupie. Podobnej zależności nie stwierdzono w przypadku kobiet, spośród których ok. 66% doświadczało orgazmu w trakcie współżycia seksualnego z partnerem (Klusmann, 2002).

Inne różnice międzypłciowe ujawniające się wraz z czasem trwania związku dotyczą przemian w zakresie potrzeb seksualnych małżonków. Na przykład można zauważyć, że choć mężczyźni ogólnie częściej niż kobiety pragną kontaktów seksualnych, to owa różnica zwiększa się wraz ze stażem związku i nie jest ściśle uzależniona od wieku partnerów. Z kolei przeciwnie niż ten proces przebiega zwiększanie się różnic międzypłciowych w zakresie potrzeby czułości, przeciętnie poziom tej potrzeby bywa bowiem wyższy u kobiet, lecz różnica międzypłciowa uwypukla się jeszcze wraz z czasem trwania związku. Odnotowuje się także różnicę w obszarze zaspokajania potrzeb seksualnych przez podejmowanie zachowań masturbacyjnych, gdyż w przypadku mężczyzn staż związku zwykle nie zmienia częstości masturbacji, natomiast w grupie kobiet częstość ta maleje wraz z wydłużaniem się stażu małżeńskiego (Klusmann, 2002).

Wyjaśniając zależność między aktywnością seksualną a stażem związku, trzeba pamiętać o tym, iż trudno jest wyizolować sferę seksualną od pozostałych sfer funkcjonowania małżeństwa. Wysoce prawdopodobne jest więc, że całokształt przemian zachodzących wraz z rozwojem związku w cyklu życia oddziałuje na ekspresję seksualności małżonków. W okresie tworzenia stabilnego związku młodym ludziom towarzyszyć może lęk przed opuszczeniem rodziny pochodzenia, przed nowymi obowiązkami i nową odpowiedzialnością, a także przed samą więzią i popadnięciem w zależność od współmałżonka oraz sprawdzeniem się w roli partnera seksualnego (Willi, 1996; Bancroft, 2011). Z kolei okres realizacji i rozwoju małżeństwa to czas poszukiwania tożsamości dla utworzonego związku, w którym małżonkowie nierzadko doświadczają konfliktów między bliskością i dystansem oraz zależnością i niezależnością. W tej fazie często na świat przychodzą dzieci. Ich pojawienie się z jednej strony może generować lęk przed utratą bliskości oraz wolności, z drugiej zaś – stanowić swoiste antidotum na wątpliwości dotyczące kwestii intymności między

partnerami. Na tym etapie stażu małżeństwa ważna wydaje się wspólność celów i zadań, prowadzi ona bowiem do wzmocnienia poczucia spójności rodziny.

Następny okres rozwoju związku obejmuje lata, w których dzieci dorastają i usamodzielniają się. Małżonkowie, odciążeni od wielu codziennych obowiązków, miewają wówczas więcej czasu wolnego, co może prowadzić do obniżenia się ich identyfikacji ze związkiem małżeńskim. Czas ten sprzyja samorealizacji w rolach innych niż rodzinne (np. skupieniu się na swych pasjach, odkrywaniu talentów), lecz „czasami duża zmiana na korzyść w kontekście funkcjonowania jednego z partnerów może stanowić zagrożenie dla drugiego, więc może on próbować sprzeciwiać się takiej zmianie. Szczególne znaczenie ma przejście z tradycyjnej zależności żony do niezależności, gdy zyskuje ona dla siebie osobną rolę, która nie ma nic wspólnego z byciem żoną i matką” (Bancroft, 2011, s. 332).

Ponadto występująca w tym okresie tendencja do bilansowania swego życia może prowadzić do pojawienia się poczucia jałowości dotychczasowych osiągnięć życiowych, winą zaś za ową odczuwaną jałowość małżonkowie mogą wzajemnie się obarczać, co z kolei stanowi istotne zagrożenie dla wyłączności relacji małżeńskiej i trwałości związku. W ostatniej fazie, określanej mianem małżeństwa w podeszłym wieku, dokonuje się najczęściej finalna stabilizacja sposobu funkcjonowania związku – albo w postaci wzajemnej troski i opieki, wynikających z ponownego zbliżenia się małżonków, albo w postaci stałych utarczek i kłótni, będących m.in. pokłosiem przebiegu wcześniejszych okresów rozwoju związku (Willi, 1996).

W interpretacji zależności między stażem małżeństwa a funkcjonowaniem w sferze seksualnej – poza wspomnianą specyfiką okresów rozwoju związku – można również przywołać fenomen procesu habituacji. Zjawisko to polega na postępującym słabnięciu reakcji na bodziec eksponowany przez dłuższy czas lub często się powtarzający. Trzeba jednak zaznaczyć, iż ani habituacja, ani odwołanie się do narastającej w małżeństwie rutyny nie wyjaśniają źródeł opisanych wcześniej różnic międzypłciowych, narastajacych wraz z czasem trwania związku. Wydaje się więc, że przedstawioną interpretację warto wzbogacić

np. o odniesienia dotyczące stereotypowego spostrzegania seksualnej roli kobiecej i męskiej.

7.2.3. Relacje między małżonkami

Niebagatelne znaczenie powiązania między dobrostanem relacji małżeńskich a funkcjonowaniem małżonków w sferze seksualnej akcentowane jest przez licznych badaczy (np. Cuber, 1975; Pospiszyl, 1986; Imieliński, 1986; Call i in., 1995, za: Rice, 1998; Sbrocco, 1995, za: Skrzypulec i in., 2003; Lew-Starowicz, 2004; Ling, Wong, Ho, 2008; Grabowska, 2011). Jako przykład dokumentujący tę zależność można przywołać całą grupę badań dotyczących aktywności i satysfakcji seksualnej osób w okresie średniej i późnej dorosłości. Call i współpracownicy (1995, za: Rice, 1998) ustalili, że częstotliwość aktywności seksualnej w grupie osób powyżej 75 r.ż. w znacznej mierze uzależniona jest od takich czynników, jak stan zdrowia badanych, poziom ich satysfakcji ze związku oraz wdowieństwo. Z kolei na jakość komunikacji w związku i wzajemność akceptacji przemian fizycznych małżonków jako ważnych determinant poziomu satysfakcji seksualnej wskazywały badania prowadzone w grupie seniorów (Ling, Wong, Ho, 2008). Również inni badacze obserwowali, że do czynników wpływających pozytywnie na osiąganie satysfakcji z aktywności seksualnej w późnej dorosłości zalicza się zrozumienie i akceptację dla procesu starzenia się partnera oraz ogólną satysfakcję z życia i z małżeństwa (Schulz, Ewen, 1993; Smolak, 1993; Craig, 1996; Rice, 1998).

W literaturze przedmiotu nierzadko podkreśla się także rolę, jaką pełni prawidłowa komunikacja między małżonkami oraz umiejętność radzenia sobie z gniewem w kształtowaniu satysfakcjonujących kontaktów seksualnych. W większości przypadków bowiem zwłaszcza długotrwałe doświadczanie gniewu lub poczucia krzywdy owocuje pogorszeniem relacji seksualnej, nieefektywna zaś komunikacja w sytuacjach problemowych jedynie komplikuje trudności doświadczane przez małżonków (Belanger, Laughrea, Lafontaine, 2001). Bancroft (2011, s. 330) jako przykład nieskutecznej komunikacji przywołuje związek, w którym – zgodnie ze stereotypowym podziałem ról małżeńskich – kobieta „aż nadto gotowa jest prezentować własne zdanie (tzn. narzekać)”, jej mąż zaś „cierpi

w milczeniu, ukryty we własnej skorupie". Niektóre małżeństwa próbują stosować współżycie seksualne jako sposób na uładzenie wzajemnych relacji po utarczkach i kłótniach, lecz takie zachowanie świadczy zazwyczaj o obniżeniu się poziomu emocji negatywnych jeszcze przed samym zainicjowaniem owego współżycia.

Dla funkcjonowania w sferze seksualnej małżonków istotne znaczenie mają także trzy czynniki zaczerpnięte z koncepcji Sternberga (1986), czyli namiętność, intymność i zaangażowanie (Grabowska, 2011). **Namiętność** określana jest jako konstelacja emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, której towarzyszy znaczne pobudzenie fizjologiczne. Jest to czynnik ściśle powiązany z potrzebami seksualnymi, lecz nie tożsamy z nimi. Rozwój namiętności w miarę rozwoju związku przebiega dynamicznie. Na wczesnym etapie występuje jej intensywny wzrost, co wynika z zasad mechanizmu dodatniego sprzężenia zwrotnego. Im bowiem silniejsza jest namiętność, tym częściej partnerzy podejmują działania, które wtórnie prowadzą do jej dalszego nasilenia. W momencie szczytowego jej nasilenia namiętność nierzadko dominuje nad wszelkimi rodzajami aktywności życiowej doświadczających jej osób. Po osiągnięciu nasilenia maksymalnego, poziom namiętności zazwyczaj szybko ulega obniżeniu, co powiązane jest ze znaczną siłą tego konglomeratu emocji – siłą, która jest w stanie dezorganizować życie jednostki w wielu sferach, a więc siłą poniekąd dezadaptacyjną.

Drugi czynnik – **intymność –** „jest podstawowym składnikiem małżeństwa i trwałej, satysfakcjonującej relacji seksualnej" (Goldenson, Anderson, 1994, s. 125). Składają się nań pozytywne uczucia wobec współmałżonka, które skłaniają do podejmowania działań skutkujących rozwojem przywiązania, bliskości i narastającą zależnością partnerów od siebie (Sternberg, 1986). Do budowania intymności w związku niezbędne wydaje się wzajemne zrozumienie, udzielanie sobie wsparcia, okazywanie szacunku, a także umiejętność komunikowania się oraz otwartość małżonków na siebie nawzajem. Omawiany czynnik pozytywnie wpływa m.in. na podejmowanie przez małżonków zachowań seksualnych ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb seksualnych – własnych oraz partnera – na przejawianie inicjatywy w kontaktach seksualnych, częstość współżycia seksualnego, jak również na różnorodność technik współżycia oraz zadowolenie z pożycia seksualnego (Grabowska, 2006, 2011).

Ostatnim czynnikiem zaczerpniętym z koncepcji Sternberga (1986) i oddziałującym na aktywność seksualną małżonków jest **zaangażowanie**, definiowane jako zespół myśli, uczuć i działań, których cel stanowi najpierw przekształcenie relacji w związek stały, a w toku małżeństwa – utrzymanie jego trwałości mimo pojawiania się trudności i przeszkód. Zaprzestanie przez małżonków podejmowania działań zmierzających ku utrzymaniu związku, stanowiące wycofanie zaangażowania, skutkuje zazwyczaj rozpadem małżeństwa. Czynnik ten może być traktowany jako swoisty stabilizator oraz gwarant poczucia bezpieczeństwa w związku, co z kolei ułatwia partnerom śmielszą ekspresję własnej seksualności. Rola omawianego elementu związku w determinowaniu zachowań seksualnych została potwierdzona m.in. w badaniach nad aktywnością seksualną małżeństw w okresie późnej dorosłości. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że wspólne, satysfakcjonujące pożycie seksualne w późnej dorosłości opiera się nie tyle na namiętności i wzajemnej otwartości, co na zaangażowaniu obojga partnerów w związek (Bengtson, Rosenthal, Burton, 1990; Grabowska, 2006, 2011).

7.3. Problemy seksualne małżonków

Niegdyś pojęcie **zdrowia seksualnego** utożsamiane było ze zdolnością małżonków do odbywania stosunków waginalnych i do prokreacji, obecnie jednak nacisk kładzie się na relację partnerską i jej dobrostan, oceniany wedle kryteriów subiektywnych, takich jak doświadczanie cierpienia lub brak satysfakcji (Lew-Starowicz, 2010a). Dokonuje się ponadto od lat prób klasyfikowania problemów seksualnych, czego przykładem może być wydzielenie grupy zaburzeń w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia. W owej klasyfikacji wyróżnia się: brak lub utratę potrzeb seksualnych, zaburzenia identyfikacji płciowej, zaburzenia preferencji seksualnych, zaburzenia erekcji z przyczyn organicznych, a także bolesność odczuwaną w czasie stosunku (dyspareunia) i pochwicę oraz zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania powiązane z rozwojem i orientacją seksualną (ICD–10). Przedstawiciele obu płci zgłaszają występowanie problemów

w sferze seksualnej, lecz kobiety doświadczają ich dwukrotnie częściej (ok. 43% badanych). Jedna na trzy kobiety i jeden na sześciu mężczyzn odczuwa brak zainteresowania współżyciem seksualnym, 20% kobiet zaś i 10% mężczyzn nisko ocenia przyjemność czerpaną z kontaktów seksualnych (Michael i in., 1994). Dokładniejszych danych na temat różnic międzypłciowych w zakresie doświadczania problemów seksualnych dostarcza tabela 7.1.

TABELA 7.1

Występowanie problemów seksualnych na przestrzeni kilku miesięcy w ciągu roku od momentu badania (w %)

Rodzaj problemu	Mężczyźni	Kobiety
Brak zainteresowania współżyciem	1,8–3,0	10,2–33,4
Niezdolność do przeżywania orgazmu	0,7–8,3	3,7–24,1
Zbyt szybkie szczytowanie	2,9–28,5	0,2–10,3
Bolesność w trakcie stosunku seksualnego	0,3–3,0	3,4–14,4
Współżycie niesprawiające przyjemności	0,0–8,1	0,0–21,2
Trema przed współżyciem	1,8–17,0	1,5–11,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bancroft (2011).

Wyniki przedstawione w tabeli 7.1 potwierdzają tezę o częstszym doświadczaniu problemów seksualnych przez kobiety, z wyjątkiem zbyt szybkiego szczytowania. Analizując te współczesne różnice międzypłciowe, warto jednak pamiętać, że jeszcze na początku zeszłego wieku spontaniczne pożądanie seksualne przejawiane przez kobietę było traktowane jako przejaw zaburzeń psychicznych (Williams, Leiblum, 2002).

Z punktu widzenia zdolności radzenia sobie małżonków z problemami seksualnymi istotne staje się to, jaką postawę będą oni przejawiać w obliczu owych trudności. Osoby przyjmujące bowiem **postawę obronną**, polegającą na ambicjonalnej reakcji w sytuacji doświadczania problemów seksualnych, mogą przejawiać tendencję do wybierania rozmaitych strategii ucieczkowych. Strategie te mogą manifestować się w postaci nadużywania alkoholu, uciekania w nadmierną aktywność zawodową lub w seksualne kontakty pozamałżeńskie, co w sposób oczywisty może zagrozić trwałości małżeństwa. Ponadto małżonkowie „obronni” unikają przyznawania się do

kłopotów w sferze seksualnej, gdyż traktują je jako osobiste porażki, w efekcie czego rzadko szukają wsparcia we własnym związku bądź u specjalisty. Z kolei osoby przyjmujące **postawę destrukcyjną** w sytuacji pojawienia się problemów seksualnych nierzadko rezygnują ze współżycia, izolują się oraz prezentują zachowania hipochondryczne, a także zmiany depresyjne. Efektem tej postawy bywa rozwój zazdrości – ze strony małżonka doświadczającego problemów – o partnera, który tych problemów nie doświadcza, lecz również pogłębianie się owych problemów lub rozwój zaburzeń psychosomatycznych. Z punktu widzenia radzenia sobie z problemami seksualnymi najwłaściwsza wydaje się **postawa optymistyczna**, gdyż osoby ją przejawiające aktywnie zmierzają ku eliminacji przeżywanych trudności, a także starają się dbać o to, by związek był satysfakcjonujący dla obu współmałżonków (Lew-Starowicz, 2004).

Zjawiskiem, na które trzeba zwrócić uwagę, m.in. ze względu na znaczne stabuizowanie tego problemu, jest **przemoc seksualna w małżeństwie**. Statystyki dotyczące występowania owego zjawiska z pewnością nie oddają wiernie rzeczywistej jego częstości. Wyniki polskich badań wskazują na to, że ok. 5% badanych (zarówno mężczyzn, jak i kobiet) deklaruje doświadczenie przemocy seksualnej ze strony współmałżonka (Izdebski, 2012). Dane pochodzące ze Stanów Zjednoczonych z kolei pozwalają wnioskować, iż 24% mężatek doświadczyło co najmniej jednego wymuszenia kontaktu seksualnego ze strony męża (Russell, 1984, za: Bancroft, 2011). Innych danych dostarcza raport z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie Amerykanek, których zadaniem było m.in. ustosunkowanie się do pytania o to, czy zdarzyło im się być zmuszoną do jakiegokolwiek czynu seksualnego, na który nie miały one ochoty, oraz wskazanie sprawcy owego wymuszenia. Badane, które odpowiedziały twierdząco na to pytanie (22% ogółu), jako sprawcę w 9% wskazywały męża, w 46% zaś osobę, w której były w czasie tego wymuszenia zakochane (Laumann i in., 1994).

Przemoc seksualna w małżeństwie może odnosić się do różnych zachowań, w tym do zmuszania współmałżonka do podejmowania kontaktów seksualnych w formach przezeń nieakceptowanych, narzucania częstości współżycia seksualnego znacznie przekraczającej potrzeby jednego z partnerów, ośmieszania współmałżonka w trakcie pożycia seksualnego lub okazywania mu lekceważenia i pogardy, przymuszania go

do tolerowania jawnych zdrad (np. dopuszczanie się ich w domu w czasie obecności zdradzanej osoby). Zachowania te przybierać mogą także postać zmuszania współmałżonka do odbywania kontaktów kazirodczych lub do gwałtu (Lew-Starowicz, 1992). To ostatnie zachowanie motywowane może być pozaseksualnie lub seksualnie. Wśród gwałtów motywowanych seksualnie w kontekście małżeństw na szczególną uwagę zasługują zgwałcenia sytuacyjne, które powodowane są błędną oceną sytuacji ze strony pobudzonego seksualnie sprawcy, interpretującego zachowanie ofiary jako przyzwolenie na odbycie kontaktu seksualnego. W obszarze form seksualnej przemocy w małżeństwach częściej odnotowuje się zgwałcenia motywowane pozaseksualnie, do których zalicza się m.in. zgwałcenia władcze, mające na celu poradzenie sobie sprawcy z poczuciem niepewności lub niesprawności, a także znalezienie uznania u ofiary. Innym typem jest zgwałcenie gniewne, stanowiące sposób radzenia sobie ze złością lub będące swoistym odwetem za upokorzenie doznane wcześniej ze strony ofiary. Trzeci rodzaj stanowi zgwałcenie represyjne, mające na celu ukaranie ofiary i jej poniżenie. Ta postać przemocy seksualnej nie zawsze przejawia się wymuszeniem stosunku seksualnego, czasem bowiem przybiera postać zmuszania ofiary do podjęcia nieakceptowanych przez nią form aktywności seksualnej, bądź też sprawca sprowadza ofiarę zgwałcenia do roli li tylko obiektu seksualnego, w obecności innych osób (Godlewski, 1987). W reakcji na doświadczenie przemocy seksualnej wiele ofiar unika podejmowania kroków prawnych, np. ze względu na silne pragnienie utrzymania pełnej rodziny w celu wychowania w niej dzieci lub w wyniku uzależnienia ekonomicznego od współmałżonka (Lew-Starowicz, 1992; Wyatt i in., 2002).

Podsumowując przedstawione rozważnia, trzeba podkreślić rolę działań promujących zdrowie seksualne małżonków, tj. np. zwiększania jednostkowej i diadycznej świadomości zdrowia oraz czynników zdrowie konstytuujących, a także umożliwiania jednostce sprawowania kontroli nad procesami zdrowia seksualnego (Sęk, 2006). Niebagatelna jest także rola interwencji psychologicznej, zmierzającej ku minimalizowaniu czynników ryzyka i zwiększaniu zasobów prozdrowotnych.

Jak już wspomniałam, seksualność stanowi integralną część intymnych związków, jakimi zwykle są małżeństwa. Jednocześnie może być ona pojmowana jako jeden z głównych czynników, które motywują ludzi do

tworzenia więzi. Osoby badane proszone o wyliczenie motywów, które skłoniły je do zawarcia związku małżeńskiego, wymieniały m.in. legalizację współżycia seksualnego – obok wspólnego dorabiania się, wzajemnej pomocy w trudnych sytuacjach życiowych (czynnik najważniejszy w grupie mężczyzn), osiągania stabilizacji życiowej (czynnik najważniejszy w grupie kobiet), posiadania dzieci, poczucia bycia kochanym oraz odłączenia się od rodziny pochodzenia (Sokal, 2013). Ponadto zdecydowana większość badanych, wymieniając główne cele współżycia seksualnego, na pierwszym miejscu lokuje umacnianie więzi z partnerem (86,8%), na drugim zaś – doświadczanie przyjemności (ok. 81%). Prokreacja jako cel współżycia wskazywana jest przez prawie 41% badanych. Co więcej, poparcie dla stwierdzenia „Dobranie seksualne partnerów jest jedną z najważniejszych rzeczy dla udanego małżeństwa" wyraża ponad 76% badanych. Ponad 44% z nich deklaruje również, że nawiązanie seksualnej relacji pozamałżeńskiej stanowi ważny powód podjęcia kroków rozwodowych, 41% zaś badanych twierdzi, iż rozwód może być motywowany złym doborem seksualnym partnerów (Duch-Krzystoszek, 1998). Przekonanie o istotnym powiązaniu związku małżeńskiego z funkcjonowaniem seksualnym wyraża się także w regulacjach prawnych, zarówno świeckich, jak i kościelnych. Powodem do orzeczenia przez sąd rozwodu, w myśl prawodawstwa cywilnego, jest m.in. brak współżycia seksualnego małżonków, co ma świadczyć o wygaśnięciu więzi emocjonalnej. Z kolei w religii rzymskokatolickiej możliwe jest uznanie związku małżeńskiego za niebyły w sytuacji, gdy związek ów nie został skonsumowany (*matrimonium non consummatum*). Utrzymywanie kontaktów seksualnych ze współmałżonkiem wydaje się więc być jednym ze stabilizatorów związku. Dowodzą tego także badania, w efekcie których udowodniono, iż ukierunkowanie potrzeb seksualnych na partnera związku powodowało, że badani rzadziej myśleli o zakończeniu relacji partnerskiej. Owo ukierunkowanie potrzeb na partnera decydowało również o tym, iż badani rzadziej deklarowali zainteresowanie innymi osobami oraz chęć zdrady (Regan, 2000).

Czerpanie satysfakcji seksualnej w ciągu długotrwałego związku małżeńskiego, od okresu wczesnej dorosłości do późnej dorosłości włącznie, determinowane jest nie tylko wiekiem małżonków i troską o zachowanie zdrowia fizycznego, lecz także ich dbałością o ogólną jakość

związku, w tym o dobrą komunikację, intymność czy zaangażowanie obojga partnerów. Warto także pamiętać, iż satysfakcja seksualna może być zagrożona rutyną, nierzadko pojawiającą się w małżeństwach, oraz podzielaniem szkodliwych mitów, głoszonych powszechnie na temat życia seksualnego (Gormly, 1997; Klusmann, 2002). Jednym z takich mitów jest popularne przekonanie, że jeśli związek dwojga ludzi cementuje miłość, to satysfakcja seksualna powinna pojawić się w nim w sposób naturalny i spontaniczny – jako oczywista konsekwencja miłości. Małżonkowie, którzy podzielają ów szeroko rozpowszechniony mit, w przypadku wystąpienia problemów lub niepowodzeń w sferze seksualnej nie przejawiają tendencji do poszukiwania specjalistycznej pomocy, lecz doszukują się winy za powstałą sytuację w często wyimaginowanych niedostatkach małżeńskiej miłości.

Rozdział 8

Transmisja międzypokoleniowa – procesy zachodzące na styku pokoleń

Marzanna Farnicka, Hanna Liberska

8.1. Istota i mechanizmy transmisji międzypokoleniowej w rodzinie
    8.1.1. Naśladownictwo
    8.1.2. Modelowanie
    8.1.3. Identyfikacja
8.2. Obszary transmisji międzypokoleniowej w rodzinie
8.3. Transmisja międzypokoleniowa w różnych podejściach psychologicznych
8.4. Transmisja międzypokoleniowa jako proces formowania rodziny – model Murraya Bowena
8.5. Kierunki badań nad transmisją w rodzinie
    8.5.1. Wyzwania dla badań nad transmisją w rodzinie

Kontynuacja rodziny zachodzi na poziomie nie tylko biologicznym, ale i psychicznym. Dzieje się tak, gdyż doświadczenie rodziny (system wartości, norm, postaw) jest przechowywane w jej tradycjach, zwyczajach, sposobach pełnienia ról, radzenia sobie z trudnościami, w nadziejach lokowanych w przyszłości, a także w niepokojach i obawach. Przekaz tradycji kulturowej rodziny, ustalonych wzorów rodzinnych wzmacnia rodzinę tworząc jej tożsamość „od odległej, ale zawsze własnej przeszłości, do tajemnej przyszłości" (Radochoński, 1986, s. 13). Tożsamość rodziny ma swoje odzwierciedlenie w tożsamości osób ją tworzących – zarówno osobowej, jak i społecznej.

Transmisja międzypokoleniowa zapewnia wieloaspektową ciągłość rodziny, nadaje jej charakteru ponadczasowego, a zarazem umożliwia adaptację rodziny i każdego z jej członków do kontekstu życiowego – aktualnego oraz prospektywnego. Stabilizuje rodzinę, gdyż z jednej strony zabezpiecza ciągłość zachowań jej członków, a z drugiej – określa kierunek, zakres i granice ich zmian. Przejawy transmisji w rodzinie obejmują to, co jednostkowe (czyli cechy, właściwości, światopogląd, sposoby zachowania jej członków) i to, co ponadjednostkowe (czyli obrzędy, tradycje, regulatory codziennego życia rodzinnego, takie jak system wartości rodziny, normy postępowania itp.) (patrz szerzej rozdz. 3, cz. I). Taka transmisja wpływem swym obejmuje jednostkę jako członka rodziny i rodzinę jako małą grupę społeczną, reguluje także relacje między nimi w każdym momencie historii rodziny i życia jednostki. Właśnie bliskie więzi międzyludzkie są podstawowym nośnikiem transmisji w rodzinie.

Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie może być rozpatrywana ze względu na: (1) treści przekazywane między generacjami, (2) sposoby, środki, procesy bądź mechanizmy przekazu, (3) warunki przekazu, lub (4) jej efektywność (por. Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994; Rostowska, 1995).

8.1. Istota i mechanizmy transmisji międzypokoleniowej w rodzinie

Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie jest określana jako ciągłość pokoleniowa w zakresie przekonań i wzorów zachowań (por. Sitarczyk, 2002), a jej zakres oddaje podobieństwa i/lub różnice między rodzicami i dziećmi dotyczące cech psychofizycznych (por. Rostowska, 1995), w tym zarówno cech osobowości, wartości, norm, koncepcji ról społecznych, w szczególności rodzinnych (por. Cashmore, Goodnow, 1985; Doliński, 2004; Baker, 2010), jak i koncepcji życia kolejnych generacji. Międzypokoleniowa transmisja w rodzinie jest wpleciona w proces socjalizacji, czyli w proces nabywania przez jednostkę wiedzy, systemów wartości, opanowywania języka, umiejętności społecznych i wrażliwości społecznej, który umożliwia jej zintegrowanie się ze społeczeństwem i adaptowanie się do jego zmian. Jest to proces (1) całożyciowy, który (2) zasadza się na interakcjach i relacjach i (3) warunkuje przystosowanie społeczne (Borowicz, 2002). Należy jednak podkreślić, że podstawowy udział w socjalizacji mają dwa środowiska: rodzina i szkoła.

W rodzinie transmisja międzypokoleniowa zachodzi przede wszystkim przez procesy naśladownictwa, modelowania i identyfikacji. Wspólna dla trzech wymienionych mechanizmów transmisji jest obecność modela osobowego lub wzorca zachowań.

8.1.1. Naśladownictwo

Naśladownictwo jest mechanizmem uruchamianym przez wzorzec czynności. U podstaw naśladownictwa poszukiwano podłoża instynktownego (tzw. instynkt naśladowczy), aby wyjaśnić podejmowanie przez małe dziecko czynności zaobserwowanych u innych ludzi w jego otoczeniu. Zdaniem Claparède'a (1927 za: Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 1994) składnikiem instynktownym w naśladownictwie jest dążenie do zgodności, które powoduje, że dziecko powtarza obserwowaną czynność aż do uzyskania pełnej zgodności ze wzorcem czy też modelem. Dotyczy to przede wszystkim opartego na wrodzonych połączeniach nerwowych **naśladownictwa odruchowego**, które można często

zaobserwować w zachowaniu niemowląt. Przykładem takiego naśladownictwa jest odpowiadanie przez dziecko uśmiechem na uśmiech matki. Inną postacią naśladownictwa jest **naśladownictwo nabyte**, które opiera się na odruchach warunkowych. Może przejawiać się w postaci naśladownictwa mimowolnego lub dowolnego. Naśladownictwo mimowolne jest źródłem przyjemności funkcjonalnej, tzn. przyjemności czerpanej przez dziecko z powtarzania obserwowanych czynności (np. dziecko wysuwa z buzi język na widok ojca, który wysuwa swój język). Naśladownictwo dowolne ma już określony cel, jakim jest odtworzenie wzorca zachowania zaobserwowanego u wybranej osoby. Dziecko wybiera osobę i czynność lub proste zachowanie, które są dla niego interesujące, nie pobudza go już każdy sygnał. Naśladując wybrane czynności, ćwiczy je i opanowuje nowe sprawności, zdobywa nową wiedzę. W ten sposób najbliższe otoczenie, rodzina, w zależności od dostarczanych dziecku wzorców, ukierunkowuje jego rozwój, kształtuje zręby osobowości. Stopniowo w naśladowanych czynnościach pojawia się coraz więcej elementów twórczych (tzw. naśladownictwo twórcze). Osiągnięcie przez dziecko, dzięki procesom rozwoju, zdolności do naśladownictwa odróżnicowanego, które może zachodzić pod nieobecność modela, wskazuje na uzyskanie zdolności do tworzenia wyobrażeń i na procesy interioryzacji czynności, dzięki czemu dziecko coraz bardziej uniezależnia się od aktualnej percepcji („tu i teraz”) i stopniowo opanowuje wszystkie wymiary czasu. Dalszy rozwój naśladownictwa przyczynia się do ukształtowania funkcji symbolicznej, która przejawia się w zabawach symbolicznych podejmowanych przez dziecko. Naśladownictwo jest uwarunkowanym genetycznie, najwcześniej funkcjonującym mechanizmem uspołecznienia (Piaget, 1966), który przyczynia się do opanowania złożonego doświadczenia społecznego (Wygotski, 1971). Według Piageta (1966) naśladownictwo przedsłowne jest przejawem inteligencji sensoryczno-motorycznej i przygotowuje podłoże do wystąpienia modelowania – mechanizmu transmisji, który później pojawia się w rozwoju ontogenetycznym.

Przedstawiciele starszych generacji w rodzinie mogą ukierunkowywać rozwój dziecka, wpływać na opanowywanie przez nie czynności, nawyków, postaw, kształtowanie umiejętności i sprawności, na jego motywację i stosunek do własnej osoby przez dostarczanie pożądanych lub

koniecznych wzorców zachowań i nagradzanie dziecka za ich odtwarzanie. Efektywność naśladownictwa wzmacnia osoba modela: jest ona większa, gdy wzorcem czynności jest obiekt przywiązania.

8.1.2. Modelowanie

Modelowanie jest procesem wzbudzanym przez przykład osobowy i umożliwia wytworzenie zachowań stanowiących symboliczne równoważniki zachowań modela, czyli zachowanie dziecka przestaje już być „kopią" zachowania innej osoby, w szczególności dorosłego opiekuna (Bronfenbrenner, 1970). Modelowanie obejmuje dwie fazy: (1) fazę przyswojenia, w której dochodzi do zrozumienia sensu obserwowanego zachowania i jego zapamiętania, co nierzadko wymaga powtarzania zachowań modela, ćwiczenia, oraz (2) fazę wykonania, która polega na wykorzystaniu przyswojonego zachowania w odpowiadającej dziecku chwili i okolicznościach, i ma charakter wolicjonalny, a jej efekt zależy od zdolności i sprawności dziecka. Proces modelowania kształtuje się między 5 a 10 r.ż., kiedy dziecko jest już zdolne do tworzenia wyobrażeń (inaczej – schematów spostrzeżeniowo-poznawczych) i dzięki temu może wykorzystywać, w sposób dowolny, przyswojone zachowania modela. Skuteczność modelowania ogólnie zależy od właściwości podmiotu i właściwości modela oraz od cech modelowanych czynności czy zachowań. W rodzinie ogromne szanse na „bycie modelem" mają jej członkowie – jako osoby, które uczestniczą w opiece nad dzieckiem i jego wychowaniu, ujawniają zachowania reprezentatywne dla rodziny i aprobowane przez nią, a ich zachowania przynoszą, w ocenie dziecka, pozytywne efekty w postaci otrzymania nagrody (pochwała, cukierek, przytulenie, pocałunek i inne) lub uniknięcia kary. Dzięki modelowaniu dziecko staje się zdolne do podejmowania zachowań w dowolnym momencie i wykorzystywania ich do realizacji własnych dążeń, zainteresowań, marzeń, wreszcie woli.

8.1.3. Identyfikacja

Identyfikacja jest to tendencja, na ogół nie w pełni uświadomiona, do bycia takim samym jak model, którym ma szanse stać się osobą wzbudzającą

silne pozytywne uczucia. Podstawowym warunkiem uruchomienia mechanizmu identyfikacji w rodzinie jest nawiązanie silnych pozytywnych relacji łączących jej członków, co jednak nie wyklucza możliwości przejmowania zachowań niewłaściwych z punktu widzenia standardów grupy społecznej szerszej niż rodzina. W odróżnieniu od naśladownictwa i modelowania, które mogą być uruchamiane i efektywne także w chłodnej, nawet złej atmosferze w rodzinie (może ona sprzyjać np. przekazowi wzorców zachowań agresywnych), identyfikacja jest skutecznym mechanizmem transmisji międzypokoleniowej w rodzinie, w której panuje pozytywny klimat. Rozróżnia się identyfikację przejawiającą się przejęciem zachowań modela i identyfikację uczuciową, której sprzyja zdolność do empatii (Rostowska, 1995). Szczególnie ważna z perspektywy przystosowania do oczekiwań i wymagań rodziny oraz zachowania jej ciągłości w czasie jest identyfikacja z rolami rodzinnymi (przede wszystkim z rolami małżeńskimi i rodzicielskimi). Na ogół wymaga identyfikacji z własną płcią, uwewnętrznienia norm regulujących funkcjonowanie w bliskich związkach i akceptacji oczekiwań rodziny w tym względzie. Jednakże tradycja czy obyczajowość rodziny nie zawsze jest w pełni zgodna z tradycją kulturową społeczeństwa, którego ta rodzina jest częścią.

W literaturze przedmiotu wskazuje się także na inne możliwe mechanizmy transmisji międzypokoleniowej w rodzinie, w tym na **wdrukowanie** (*imprinting*), inaczej zwane tworzeniem pierwowzoru lub reakcją piętna[1]. Przejawia się ono bezwarunkowym przywiązaniem do obiektu/osoby, które pojawia się w obecności podmiotu w momencie krytycznym na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Definiowane jest jako automatyczne wytworzenie przez nowo wyklute lub nowo narodzone osobniki więzi przywiązaniowej wobec pierwszego poruszającego się obiektu, jaki znajdzie się w polu percepcyjnym tego młodego osobnika (Gerrig, Zimbardo, 2009). Model czy też wzorzec czynności od momentu wdrukowania bardzo silnie oddziałuje na zachowanie podmiotu, a w szczególności na jego preferencje społeczne (Mussen, 1970). Obecny stan wiedzy nie pozwala jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o to, czy obecność rodzica/opiekuna/członka rodziny w momencie krytycznym na wczesnym etapie rozwoju dziecka może skutkować silną więzią między nimi i stworzyć podstawy przejawiania silnego dążenia dziecka do przebywania w obecności tego opiekuna, a przez to ułatwić wystąpienie

innych mechanizmów transmisji i zwiększyć ich efektywność w kształtowaniu jego zachowań.

8.2. Obszary transmisji międzypokoleniowej w rodzinie

Transmisja międzypokoleniowa jest traktowana, jak już wcześniej wspomniałyśmy, jako jeden z podstawowych mechanizmów psychologicznych kształtujących tożsamość, zarówno jednostkową, jak i rodzinną. W badaniach odnotowuje się podobieństwo konstrukcji tożsamości między pokoleniami w rodzinie, które jest jednak największe między rodzicami i dziećmi (Bowen, 1978; Carver, Scheier, 2000; Cierpka, 2004; Erikson, 2004; Plopa, 2007b; Rostowska, 1995; Franz, White, 1985; Wolicki, 1983; Liberska, 2014).

Procesy transmisji międzypokoleniowej odpowiadają także za poczucie przynależności do rodziny i umożliwiają identyfikowanie się jako członka tej wspólnoty. Członkowie rodziny uzyskują poczucie ciągłości w obrębie zarówno przeszłości, jak i przyszłości oraz poczucie przynależności do wspólnej historii (Hagestad, 1985; Kellerhals, 2001; Minuchin, 1974, 1985). Podkreśla się rolę adaptacyjną mechanizmów transmisji ujawniającą się w sytuacjach nowych bądź trudnych, kiedy to umożliwiają skorzystanie z zasobów rodzinnych przekazanych jednostce, obejmujących wartości, tradycje, specyficzne sposoby radzenia sobie czy pełnienia ról (np. rodzicielskich) (Deutsch, 1999; Plopa, 2011a; Rembowski, 1986; Rostowska, Rostowski, 2006; Tryjarska, 1995). W konsekwencji mogą one zatem pełnić funkcję ochronną w sytuacjach zagrażających dezorganizacją zachowania.

Należy podkreślić, że proces transmisji odpowiada za przekaz biegnący od pokolenia starszego do młodszego, ale także umożliwia przekaz w odwrotnym kierunku (tzw. transmisja odwrócona), tzn. od pokolenia młodszego do starszego, oraz w obrębie jednego pokolenia (transmisja wewnątrzpokoleniowa)[2]. Oznacza to, że transmisja w rodzinie umożliwia nie tylko przystosowywanie się wzajemne członków różnych pokoleń rodziny do siebie, ale też ich przystosowywanie się do warunków

zewnętrznych oraz do ich zmian. Chociaż w tym drugim przypadku źródła zmian znajdują się poza rodziną, adaptację do nich umożliwia mechanizm transmisji w rodzinie. W przypadku wydarzeń normatywnych (do jakich można zaliczyć występowanie trudności wychowawczych sprawianych rodzicom przez dorastające dziecko) proces radzenia sobie rodziców z dzieckiem może być wsparty „klasycznym" mechanizmem transmisji (tzn. wiedzą na temat sposobów skutecznych oddziaływań wychowawczych przekazaną przez starsze pokolenia), chociaż zdarza się, że właśnie wiedza przejęta od starszej generacji, nieprzepracowana w strukturach doświadczenia indywidualnego samych rodziców, przyczynia się do występowania trudności wychowawczych. Z kolei w przypadku wydarzeń nowych i nienormatywnych w danej rodzinie rozwiązanie może przynieść proces odwróconej transmisji lub przekaz socjalizacyjny pochodzący spoza rodziny. Na przykład starsze pokolenie uczy się od młodszego korzystania z nowoczesnych technologii albo sposobów poradzenia sobie w sytuacji, z którą nigdy nie zetknęła się żadna wcześniejsza generacja rodziny (np. rozwód albo nagłe wystąpienie niepełnosprawności u członka rodziny) (Caitriona, 2011; Fingerman i in., 2011; Kao, An, 2012; Lev-Wiesel, 2007; Wallerstein, 1986a; Warren-Findlow, Seymour, Shenk, 2011).

Konflikty międzypokoleniowe obrazują dynamikę zmiany w zakresie przetwarzania transmitowanych treści i są reakcją systemu rodziny wielopokoleniowej na próbę – podejmowaną przez jej członka przynależnego do jednej z generacji – osłabienia jej wpływu. Najczęściej takie próby podejmują dorastający, u których nasila się potrzeba autonomii i osiągnięcia tożsamości. Nawet konflikty rozwiązane w sposób, który kończy się izolacją i odejściem dziecka z rodziny, nie zaprzeczają transmisji międzypokoleniowej, ani nie przekreślają jej efektów osobotwórczych wynikających z przeszłych doświadczeń (Berne, 2012; Bakiera, 2006; Barni, Ranieri, 2007; Bem, 1981; Brook i in., 2012; Deutsch, 1994; Dyczewski, 2003b; Erikson, 2004; Goodnow, 1997; Grob, 1998; Harwas-Napierała, 1996; James, Jongeward, 1994; Plopa, 2007b; Rostowska, 2001; Silverstein, Bengtson, 1997; Tyszkowa, 1996; Wigfield, 1994; Witkowski, 1989).

8.3. Transmisja międzypokoleniowa w różnych podejściach psychologicznych

W ujęciu socjobiologicznym proces transmisji międzypokoleniowej jest traktowany jako zasadniczy mechanizm adaptacyjny (Buss, 2001; Eibl-Ebelsfeld, 1987; Harlow, 1958; Lorenz, 1976). Dzięki postrzeganemu podobieństwu zachowań rodzice mają pewność, że dziecko jest ich naturalnym spadkobiercą. Rodzice wzmacniają zachowania imitacyjne dziecka, uznając je za najbardziej przystosowawcze. Ponadto badania wykazują, że rodzice okazują większą czułość dzieciom, które rozpoznają jako podobne do siebie, zarówno w wieku niemowlęcym, jak i w dorosłym (Buss, 2001; Lorenz, 1976; Eibl-Eibesfeldt, 1987). Znane są przykłady wykluczania kogoś z rodziny ze względu na odmienny wygląd (brzydkie kacząteko), czy cechy temperamentu („zły temperament” – problem z akceptacją dzieci i ich zachowań). Podejście to legitymizuje i leży u podstaw tzw. prawa krwi, które mówi, że dziedziczy się w sposób biologiczny nie tylko materiał genetyczny, ale i cechy, takie jak: temperament, mądrość czy odpowiedzialność, a także przywileje, status społeczno-ekonmiczny (np. koronę, przynależność, majątek). W ujęciu tym transmisja miedzypokoleniowa jest przede wszystkim mechanizmem więziotwórczym w rodzinie.

W ujęciu psychodynamicznym przyczyn podobieństw wewnątrzrodzinnych poszukuje się w mechanizmie identyfikacji, introjekcji, idealizacji czy symbolizacji. U podłoża tych procesów leży lęk kastracyjny [3] (Freud, 1984; Kagan, 1958). Ten nieświadomy proces wzbudzania lęku zachodzi w sytuacji rywalizacji z rodzicem tej samej płci o względy drugiego. Aby uspokoić, uśpić czujność rodzica tej samej płci, dziecko przejmuje jego zachowania i w ten sposób obniża swój poziom lęku. Efektem ubocznym takiego zachowania jest rodzące się przywiązanie do osoby, którą się naśladuje. Z powodu nieświadomej chęci dziecka bycia „tym” obiektem, osoba naśladowana staje się dla niego ideałem, wzorem, przez co dziecko identyfikuje się z jej płcią i rolą (Kagan, 1958). Zgodnie z tym założeniem identyfikacja i uwewnętrznianie skryptów zachowań występuje w największym stopniu w okresie wczesnego dzieciństwa. Okres ten i procesy w nim występujące wskazywane były przez Eriksona jako

normatywne i osobotwórcze (Erikson, 2004; Witkowski, 1998). Logan (1986) podkreślał, że rozwojowe problemy związane z wątkiem egzystencjalnym (kształtowaniem tożsamości, zaspokajaniem potrzeby bliskości i przynależności) oraz instrumentalnym (budowanie swojego życia, doświadczanie) powtarzają się cyklicznie w ciągu życia w coraz to nowym kontekście zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Gaillard (2003) wskazywał na trzy poziomy zachodzenia fenomenu transmisji międzypokoleniowej w komunikacji (ujęcie lacanowskie). Rodzinne źródło nieświadomych pragnień ukrywane jest w rodzinnym przekazie w postaci symbolicznej (mity, historie, bohaterowie). Mechanizm symbolizacji służy inkluzji na poziomie wyobraźni, lub inkorporacji na poziomie realnym zachowań, postaw, emocji czy pragnień. Zatem transmitowane treści mogą funkcjonować w trzech postaciach: na poziomie: inkorporacji, inkluzji lub symbolizacji.

Z punktu wiedzenia teorii społecznego uczenia się (Baker, 2008) podobieństwo wewnątrzrodzinne jest traktowane jako efekt uczenia się, uwarunkowanego przez obserwowanie i naśladowanie rodziców, którzy są doskonałymi modelami – mają siłę, władzę, są atrakcyjni i bliscy (por. Schaffer, 1981). W taki sposób tłumaczy się m.in. akceptację zachowań przemocowych w rodzinie. Jeśli dziecko w dzieciństwie często było obserwatorem, świadkiem takich zachowań, akceptuje je, uważa za normalne i traktuje jako sposób realizacji pragnień czy potrzeb. Podejście to tłumaczy „społeczne dziedziczenie" biedy, bezrobocia czy roli sprawcy lub ofiary (Berkowitz, 1962; Bradshaw, 1998). Skłonność do bycia sprawcą w rodzinie może trwać wiele pokoleń, zanim cykl ten zostanie przerwany. Dzieje się tak być może dlatego, że dom jest pierwszym miejscem, w którym dziecko uczy się radzić sobie ze stresem i frustracją, a gwałtowne zachowanie jest pierwszym i podstawowym, jakie w nim obserwuje. Możliwe jest też, że z tego powodu dziecko ma trudności z późniejszym różnicowaniem sytuacji, w których tego typu reakcje są dopuszczalne, a w których nie (Baker, 2010; Brook i in. 2012). Niezmierną trwałość wzorów postępowania rodzinnego tłumaczono też mechanizmem identyfikacji z rodzicami, który ułatwia przejęcie wzorców zachowań utrwalonych w poprzednich pokoleniach. Z punktu widzenia społecznych konsekwencji tego procesu należy zauważyć, że w przypadku, gdy wzorce są pozytywne, mechanizm ten spełnia pozytywną rolę i przyczynia się do

uspołecznienia jednostki (np. nabywanie roli kobiety, matki, babci, dobrego ucznia) (Bem, 1981; Maccoby, 1980; Sołowiej, 1986; Rembowski, 1986a). Jeśli jednak wzorce są negatywne ze społecznego punktu widzenia (uzależnienie, przemoc, bezrobocie, przestępczość, konfliktowość), to odgrywa on rolę negatywną, utrudniając proces socjalizacji w szerszej społeczności, np. w klasie szkolnej (Bailey i in.; 2009; Baker, 2009; Doliński, 2004; Lowe, Foxcroft, Sibley, 2000).

Krytycy teorii społecznego uczenia się twierdzą, że nie ma wystarczających dowodów wyjaśniających dziedziczenie społeczne tylko procesami uczenia się. Mimo to koncepcja ta przez lata była teorią najczęściej stosowaną do wyjaśniania zjawisk dziedziczenia społecznego, takich jak np. przemoc domowa czy sposoby funkcjonowania w rolach społecznych i rodzinnych (Baker, 2008; Kellerhals, 2001).

Współczesne badania transmisji międzypokoleniowej zanurzone są **w podejściu kontekstualnym** i **systemowym** do rozwoju jednostki, zgodnie z którymi człowiek rozwija się i zmienia dzięki interakcji ze światem i zawsze w określonym kontekście. Zgodnie z ich założeniami należy zwrócić uwagę nie tylko na zachowanie jednostki, ale też na charakter i siłę związków łączących ją z otoczeniem. Badanie funkcjonowania jednostki w kilku systemach jednocześnie daje możliwość poznania efektów wyższego rzędu (Bertalanffy, 1984; Bronfenbrenner, 1976, 1979).

Wzorce rodzinne człowieka, jego wiedza i bogactwo sposobów zachowania się tworzą wewnętrzny (prywatny) świat jednostki, ponieważ podlegają indywidualnej i subiektywnej interpretacji (Brzezińska, 2000; Lerner, Kaufman, 1985). Wszystko, co w wyniku aktywności własnej znajdzie się w polu doświadczenia indywidualnego jednostki, staje się materiałem do budowy, przemiany lub rekonstrukcji jej procesów psychicznych (Carver, Scheier, 2000; Pervin, 2002; Tyszkowa, 1988). W tym sensie doświadczenia zbierane w rodzinie (i nie tylko te) budują kontekst rozwojowy jednostki, a przez jej relacje z rodziną – także kontekst rozwojowy jej rodziny (Cierpka, 2004; Dyczewski, 2003a; Minuchin, 1985; Plopa, 2007b; Rostowski, 2010; Tryjarska, 1995). W ujęciu tym proces transmisji międzypokoleniowej odnosi się do przekazywania szeroko rozumianego doświadczenia między pokoleniami w rodzinie (w postaci wiedzy, gotowych wzorów zachowań, ale także wartości systemu oczekiwań, lęków), będącego źródłem wsparcia, umożliwiającego

realizację zadań traktowanych jako cenne, nawet tych, których wcześniejsze pokolenia nie realizowały. Zgodnie z omawianym modelem, transmisja międzypokoleniowa może mieć bezpośredni wpływ na obszar doświadczenia indywidualnego, a pośredni – przez procesy motywacji, ewaluacji i planowania – na oczekiwane doświadczenia, które są istotne ze względu zarówno na udział w formowaniu koncepcji życia, jak i na rolę w przekształcaniu kontekstu socjokulturowego w czasie. Można zauważyć zatem cyrkularny charakter relacji między głównymi komponentami tworzącymi oczekiwania przyszłościowe a doświadczeniami rodzinnymi (Levinson, 1978; Liberska, 2004; McGoldrick, Carter, 1989b; Tyszkowa, 1988, 1993; Rostowska, 1995; Skolnick, Skolnick, 2011).

8.4. Transmisja międzypokoleniowa jako proces formowania rodziny – model Murraya Bowena

W propozycji Bowena transmisja międzypokoleniowa jest nadrzędnym procesem kształtującym i modelującym wzory zachowań i dynamikę relacji w obrębie rodziny (Bowen, 1978; Boszormenyi-Nagy, Krasner, 1986; Plopa, 2011b; Silverstein, Bengtson, 1997; Rusek, Hurme, 2010). Rodzina traktowana jest jako system, w którym każdy członek ma swoją rolę do odegrania, według obowiązujących go zasad. Członkowie systemów reagują zatem na siebie w pewien sposób, który jest określony ich relacjami. Dzięki temu stają się oni przewidywalni dla siebie w obrębie rodziny. Utrzymywanie tego określonego wzorca reakcji i relacji oraz zachowań w obrębie systemu ustala równowagę w układzie rodziny. Równowaga ta może prowadzić do rozwoju jej członków, ale także do zaburzeń w ich funkcjonowaniu (model Bowena patrz rozdz. 5, cz. I).

Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w tym ujęciu może przejawiać się w przekazie informacji dotyczących różnic między rodzicami a ich potomstwem oraz w akceptacji tych różnic. Jeśli rodzina transmituje przekaz akceptujący różnice między jej członkami, to dopuszcza różne reakcje emocjonalne i eksperymentowanie w zakresie

kształtowania indywidualnego Ja. Poziom zróżnicowania Ja wpływa na ciągłość, stabilność i zdrowie rodziny oraz na osiągnięcia edukacyjne i zawodowe poszczególnych jej członków. Wysoce zróżnicowane osoby mają niezwykle stabilne rodziny nuklearne i znacznie przyczyniają się do dobrego funkcjonowania społeczeństwa, osoby zaś słabo zróżnicowane mają chaotyczne życie osobiste i wysoki poziom zależności od innych, są silnie przywiązane do znanych sposobów zachowań i mają poczucie winy w momencie ich zmiany.

Transmisja odbywa się na kilku poziomach, począwszy od świadomego nauczania i uczenia się, do automatycznego i nieświadomego programowania reakcji emocjonalnych oraz zachowań opartych na podobieństwie, bliskości i lojalności rodzinnej lub na autonomii i indywidualizmie. Proces przekazywania tej informacji trwa przez pokolenia. Jednakże nie oznacza to zawężenia wachlarza ścieżek rozwoju rodziny w kolejnych pokoleniach[4].

W opisywanym modelu silniejsze przejmowanie wzorców zachodzi w sytuacji triangulacji (proces trangulacji patrz rozdz. 5, cz. I), która przejawia się najczęściej w postaci konfliktu i napięcia między członkami rodziny. Przyzwolenie na dany poziom autonomii i zróżnicowania warunkuje sposób poradzenia sobie z problemem. Osoby ze słabo zróżnicowanych rodzin mogą przenosić na aktualne konflikty sztywne i komplementarne wzorce reakcji z rodziny pochodzenia oraz projektować uwięzione, „stare” emocje na aktualną sytuację. Natomiast osoby „dobrze zróżnicowane” charakteryzować się będą tolerancją napięcia i umiejętnością odróżniania czy też odcinania się w obecnej sytuacji od znanych, rodzinnych wzorców (Bowen, 1978; McGoldrick, Carter, 1989b; Plopa 2011b; The Bowen Center). To ostatnie stwarza większe szanse na sukces adaptacyjny w przypadku zmian kontekstu życiowego.

Implikacją procesu wielopokoleniowej transmisji jest ewolucyjna zmiana w zakresie rozumienia zarówno przeszłości, jak i przyszłości, dzięki niej bowiem można tłumaczyć przeszłe zachowania, ale także przewidzieć program poziomu zróżnicowania Ja następnych pokoleń, oraz ich relacji z innymi. Zatem analiza międzypokoleniowa ukazuje „korzenie” najpoważniejszych problemów ludzkich, jak również źródło najważniejszych zasobów ludzkiej adaptacji, głęboko ukryte w relacjach między pokoleniami.

8.5. Kierunki badań nad transmisją w rodzinie

Wzorce zachowań i doświadczenie rodziny są ukryte w tradycjach, zwyczajach, które przekazywane są w trakcie procesu socjalizacji. Z ponadczasowego charakteru tego procesu wynika, że są one siłą i treścią funkcjonujących wzorców. Procesy transmisji międzygeneracyjnej pomagają wnieść do życia młodszych i starszych pokoleń (wpływy zarówno z góry, jak i z dołu) nie tylko treści oczekiwane o adaptacyjnym znaczeniu (np. wsparcie, poczucie bliskości, konkretne zachowania), ale odpowiadają także za transmisję i przenoszenie takich zjawisk, jak: agresja, lęk, zachowania przemocowe, nadmierna kontrola, niewłaściwe postawy rodzicielskie. Powstaje pytanie, jak szeroki jest zakres jednych i drugich i w jaki sposób dochodzi do procesu transmisji.

Badania nad transmisją międzypokoleniową w rodzinie koncentrują się na trzech celach badawczych: (1) na rozpoznaniu podobieństwa i kontynuacji w rodzinie traktowanych jako wskaźniki transmisji, (2) na wyjaśnieniu mechanizmu zależności w podobieństwach, (3) na poznaniu uwarunkowań występowania transmisji zachowań, szczególnie niepożądanych. Realizacja tego ostatniego celu ma duże znaczenie dla terapii i profilaktyki.

Przykładem badań ukierunkowanych na **rozpoznanie podobieństw** są prace nad normami moralnymi i religijnością w rodzinie prowadzone przez Dyczewskiego (1981) oraz Hoge, Petrillo i Smith (1982), a także badania nad postawami rodzicielskimi Hitlina (2006), Parsonsa, Adlera i Kaczały (1982), Tyszkowej (1988), Wernera (1991), Ziemskiej (1975). Do tej grupy zaliczyć też można badania m.in.: Congera, Belsky’ego i Capaldiego (2009), Deutsch (1999), Palus (2006), Ryś (2003), Shaffer z zespołem (2009), Sitarczyk (2002) na temat podobieństwa w sposobie pełnienia ról rodzicielskich, czy Farnickiej (2011) na temat podejmowania zadań rodzicielskich, badania Rostowskiej poświęcone poznaniu podobieństwa różnych wymiarów osobowości w rodzinie (1995), jak również badania Donatelli, Bybee i Buka (2007) nad podobieństwem poczucia winy. Wiele doniesień badawczych wskazuje na międzypokoleniowe podobieństwo wartości i oczekiwań wobec przyszłości. Na ten temat pisali m.in. Gans i Silverstein (2006), Liberska (2004, 2006), Trommsdorff (1994), Tyszkowa

(1985) i Valk (2008). Warte zauważenia są prace międzykulturowe, dotyczące transmisji (w tym wypadku podobieństwa) satysfakcji życiowej (Katz, 2009), poziomu demokracji w rodzinie (Miklikowska, Hurme, 2011), a także tożsamości i wartości narodowych (Muldoon, Mc Laughlin, Trew, 2007). Badacze poszukują także podobieństw między pokoleniami w rodzinie wśród zachowań niewłaściwych, ryzykownych czy wśród wzorców uzależnienia. Ich przykładem są prace takich badaczy, jak Lowe, Foxcroft i Sibley (2000), Thornberry i in. (2003) oraz Ryś (2002), które wskazują na występowanie kontynuacji określonych rodzinnych wzorów nieprawidłowych zachowań.

Z kolei w badaniach ukierunkowanych na **wyjaśnienie mechanizmu zależności** w podobieństwach między rodzicami a dziećmi oraz ich uwarunkowań brane są pod uwagę m.in. takie czynniki, jak: kolejność urodzeń i płeć (Kulik, 2004; Farnicka, 2013), specyfika komunikacji w rodzinie (Grygielski, 1999), sposoby pełnienia ról rodzicielskich (Hitlin, 2006; Tyszkowa, red., 1990; Rostowska, 1995; Czerwińska-Jasiewicz, 1997; Liberska, 2006), status etniczny (Valk, 2008), zadowolenie z małżeństwa (Braun-Gałkowska, 1985, 1992; Gałkowska, 2002), poczucie tożsamości płciowej, a także sposoby doświadczania i przenoszenia traumy (Hammen, La Brocque, Brennan, 2011; Gans, Silverstein, 2006; Lev-Wiesel, 2007).

Trzeci cel badań nad transmisją w rodzinie związany jest z **poznaniem uwarunkowań występowania zachowań** (szczególnie niepożądanych); wyniki uzyskane w tych badaniach można wykorzystać bezpośrednio w terapii i profilaktyce. Można tutaj wymienić badania na temat zachowań antyzdrowotnych (Bailey i in., 2009; Curtis, Stapleton, James, 2011), na temat skłonności do nadużywania środków odurzających, zachowań aspołecznych (Verona, Sachs-Ericsson, 2005) i przemocowych (Baker, 2011; Ehrenssaft i in., 2003; Hines, Saudino, 2002; Thornberry i in., 2003).

8.5.1. Wyzwania dla badań nad transmisją w rodzinie

Rand Conger wraz z zespołem (Conger, Belsky, Capaldi, 2009) opublikował wyniki badań wskazujących na ciągłość sposobu przeżywania rodzicielstwa. Badania prowadzono w różnych kulturach, za pomocą różnych metod pomiaru (jakościowych i ilościowych) i w różnych okresach

życia (na początku rodzicielstwa, w jego środku i pod koniec oraz w starości). Ponadto kontrolowano kilka zmiennych (temperament, wydarzenia historyczne itp.). Na podstawie analizy uzyskanych wyników Conger doszedł do przekonania, że kolejne kroki w tej dziedzinie badań powinny obejmować zagadnienia dotyczące moderatorów, co umożliwi wyjaśnienie nieciągłości oraz ciągłości międzypokoleniowej. Uważa on też za uzasadnione prowadzenie, oprócz badań epigenetycznych, także badań genetycznych, które pozwolą wyjaśnić odnotowane podobieństwa i różnice w sposobie wychowywania nowych pokoleń w rodzinie (ibid.).

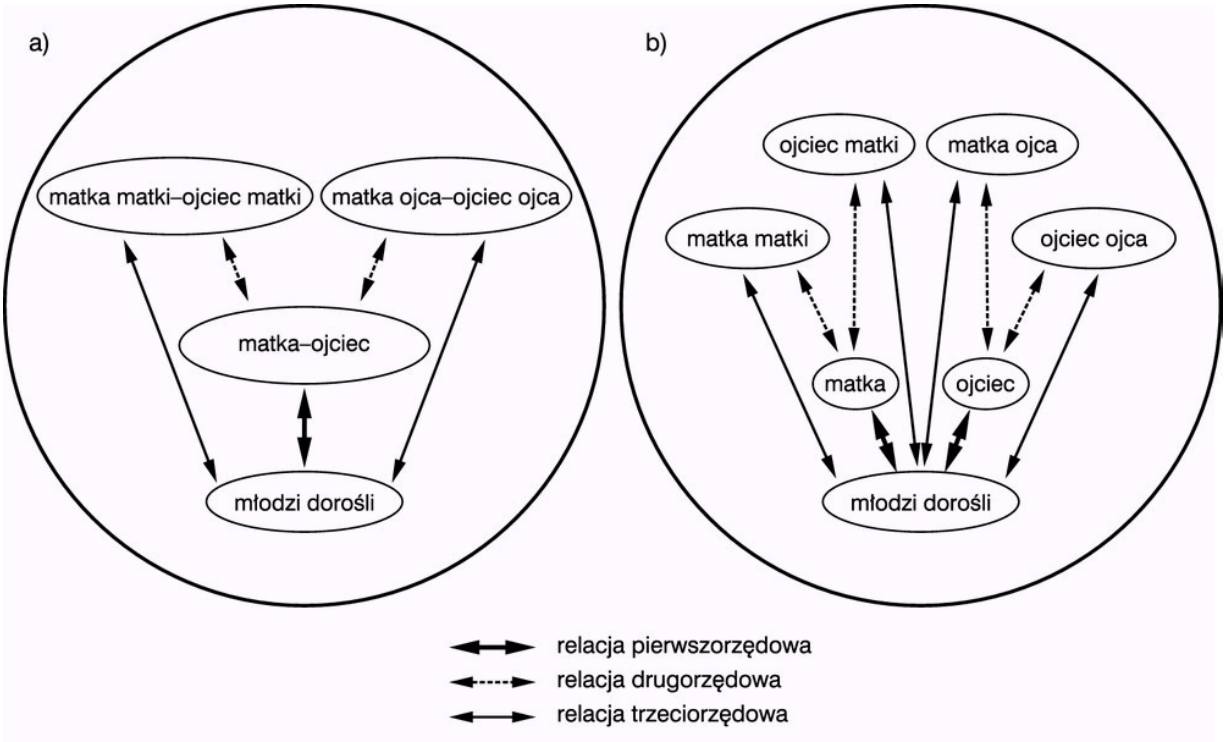
Współcześnie coraz częściej (patrz wymienione wcześniej przykłady) spotyka się badania mające na celu uchwycenie wielu płaszczyzn uwarunkowań zachodzenia samego procesu transmisji. Ich przykładem są badania nad bliskością, przepuszczalnością granic, podmiotowością i parametrami komunikacji (Goldman, 1993; Olson, 1981, 1993).

Jednakże nadal ogromne zainteresowanie naukowców wzbudzają procesy transmisji: socjalizacja, identyfikacja, naśladownictwo, mechanizm sprzężeń zwrotnych i inne znaczące dla przekazu międzypokoleniowego i ciągłości rodziny w czasie. Badacze poszukują nowych narzędzi pomiaru i pracują nad stworzeniem modeli badań przybliżających do wyjaśnienia przebiegu, trwałości, ale też zmienności transmisji w czasie (por. Bandura, 1977a; Davies, 1982; Skolnick, Skolnick, 2011; Valk, 2008; Vleioras, Bosma, 2005; Wampler i in., 2003).

W podejściu ekologicznym i systemowym (Bronfenbrenner, 1976; Tyszkowa, 1993; Minuchin, 1985) jednostkę traktuje się jako część szerszego systemu, który wpływa na nią i jednocześnie zmienia się w wyniku jej aktywności. Procesy te zachodzą zarówno w kontekście prymarnym, jak i sekundarnym. Badanie funkcjonowania jednostki w kilku systemach jednocześnie daje możliwość poznania efektów wyższego rzędu. Przedstawimy teraz przykład badań nad możliwymi kierunkami transmisji w rodzinie trzypokoleniowej, uwzględniających siłę relacji pierwszego, drugiego i trzeciego rzędu[5]. Sam efekt transmisji należy traktować jako przejaw siły wypadkowej relacji pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowych między członkami rodziny[6].

Dwa hipotetyczne modele relacji pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowych w rodzinie ilustruje rycina 8.1: (a) diadyczny model oddziaływań uwzględniający relacje starszego pokolenia (rodzice, dziadkowie od matki,

dziadkowie od ojca) z młodym dorosłym; (b) model indywidualnych relacji młodego dorosłego z każdym członkiem rodziny z osobna. Natomiast na rycinach 8.2 i 8.3 przedstawiono zweryfikowany model 8.1b z uwzględnieniem płci młodego dorosłego. W modelach przyjęto, że relacje pierwszorzędowe to relacje między młodymi dorosłymi a ich rodzicami, relacje drugorzędowe oznaczają relacje między rodzicami a ich rodzicami i teściami, natomiast relacje trzeciorzędowe dotyczą kontaktu dziadków z wnukami, czyli takiego, w którym może (ale nie musi) pośredniczyć pokolenie rodziców. Podobieństwa uzyskane w czasie postępowania badawczego w wybranych relacjach pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowych zsumowano i podzielono przez liczbę możliwych podobieństw. Grubość linii na rysunkach wskazuje na częstość występowania danego podobieństwa. Im grubsza linia, tym większa zgodność pokoleń w zakresie percepcji rodzicielstwa jako zadania rozwojowego i w zakresie jego uwarunkowań.



RYCINA 8.1

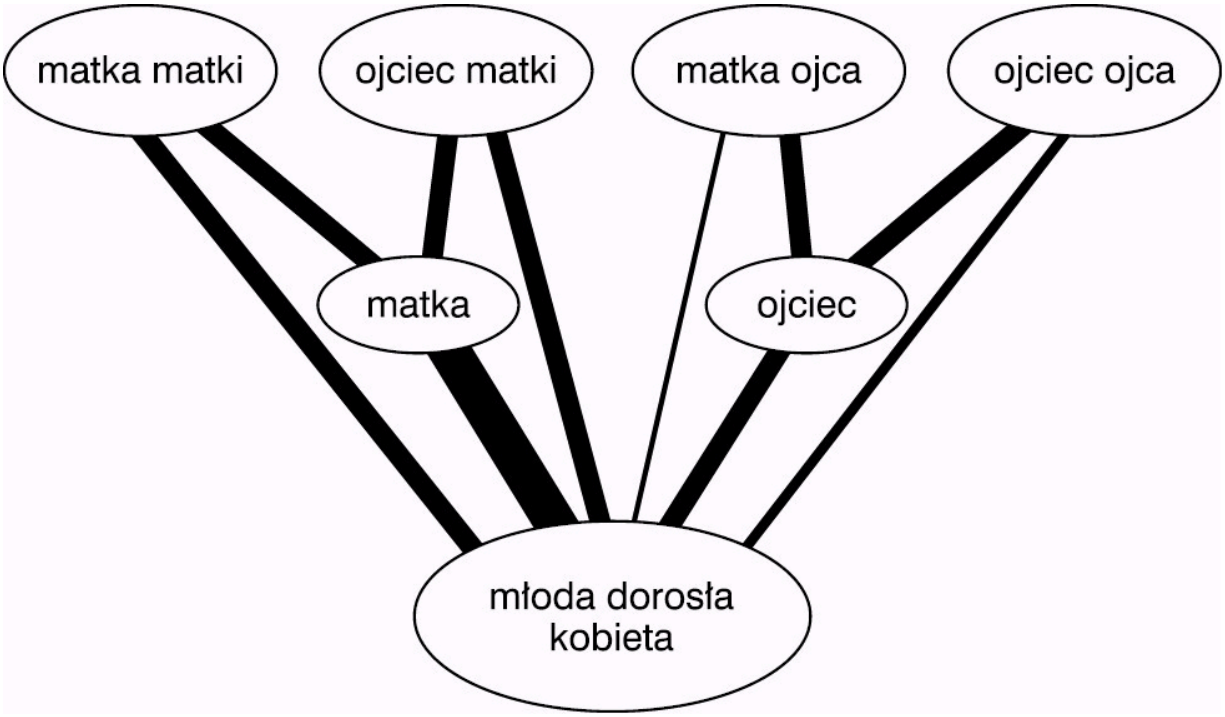
Możliwe kierunki i siła transmisji w rodzinie trójpokoleniowej

Źródło: opracowanie własne.

Oddziaływania pierwszorzędowe między matką a córką okazują się najsilniejsze (średnia 6). Natomiast relacja między matką a synem jest słabsza (3). Stwierdzono podobieństwo siły relacji (3) między matkami a ich matkami i ojcami (relacja drugorzędowa) oraz między dziadkami ze strony matki a wnuczętami. Natomiast transmisja przez relacje między dziadkami a wnuczkami ze strony ojca jest o połowę słabsza (1,5). W relacjach młodych dorosłych synów z ojcami występuje mniejsza siła transmisji (1,5) niż w relacjach ojców z córkami (3). Najsilniejszą relację ojciec ma ze swoją matką i córką (3), słabszą z własnym ojcem (2,25) i synem (1,5). Uzyskany obraz wskazuje na pewne ograniczenie lub wycofanie się ojców z relacji z synem – zarówno w relacjach pierwszo-, jak i drugorzędowych.

Porównanie rycin 8.2 i 8.3 wskazuje na wyraźną różnicę w relacjach trzeciorzędowych. Można zauważyć silniejsze oddziaływanie dziadków ze strony matki na wnuczki (3) niż na wnuków (babcia – 1, dziadek – 1,5). Zastanawiajcy obraz uzyskano w relacji trzeciorzędowej w odniesieniu do młodych dorosłych mężczyzn w relacji z babciami. Relacja między młodym dorosłym a matką jego matki wynosi 1,5, a w przypadku matki ojca nie występuje wcale. Nie można wykluczyć, że właśnie słabość tej relacji odpowiada za ograniczone dziedziczenie w linii męskiej (lub jego brak) w zakresie wiedzy i tradycji rodzinnych. Badania wykazały też, że największa podatność na tzw. naciski rodzinne dotyczy relacji między młodymi dorosłymi a ich rodzicami i dziadkami ze strony matki. Uzyskane wyniki wskazują, że właśnie w tych relacjach następuje największa wymiana informacji prowadząca do przebudowywania struktur wiedzy i sposobów funkcjonowania. Świadczą także o zróżnicowanej sile transmisji w zależności od obszaru aktywności danej jednostki i rodziny, a także w zależności od płci członków rodziny. W przypadku podejmowania roli rodzicielskiej, to raczej kobiety są nośnikami tradycji, a mężczyźni nośnikami zmiany. Oznacza to, że w przypadku kobiet obserwujemy zgodność (oczekiwań, wartości, ewaluacji oraz oczekiwań dotyczących czasu realizacji) w zakresie trzech pokoleń (młoda dorosła–matka, matka–babcia, młoda dorosła–babcia), natomiast wśród młodych mężczyzn zwraca uwagę brak spójności ich oczekiwań z oczekiwaniami zarówno ojców, jak i dziadków. Ponadto stwierdzono, że w każdym przypadku zgodność w relacji matki z dzieckiem jest wyższa niż w relacji

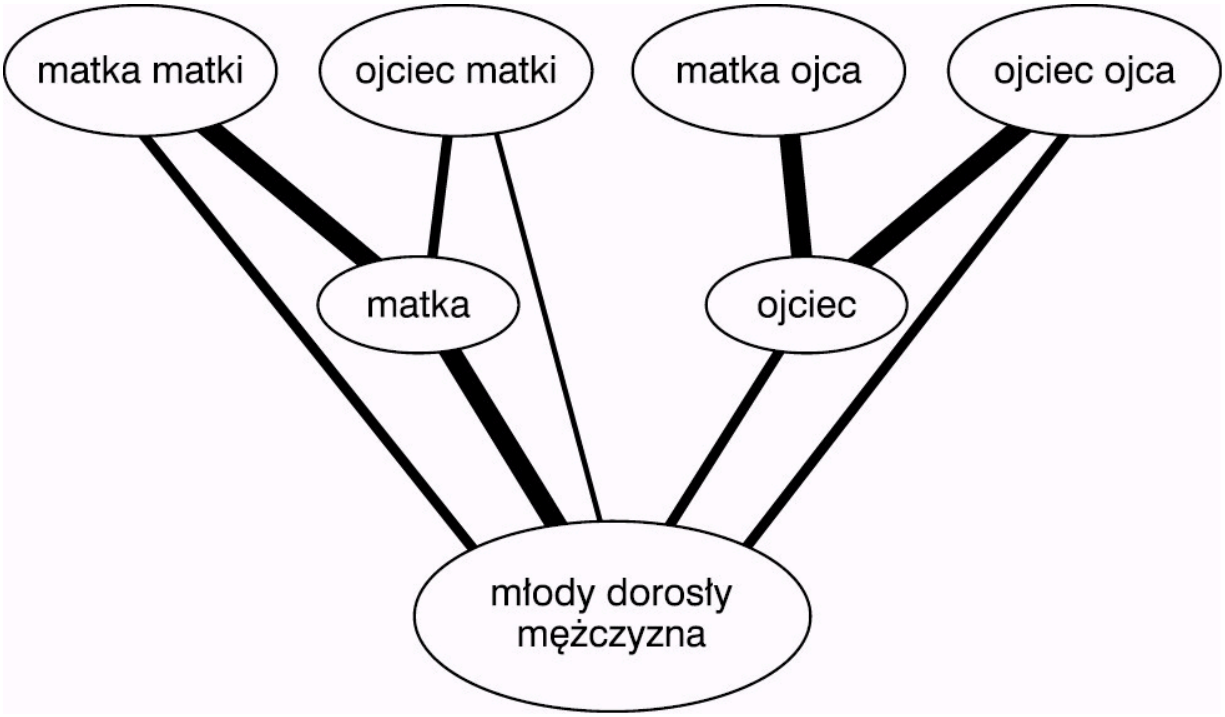
ojca z dzieckiem. Natomiast wśród starszych pokoleń (relacja rodzice–dziadkowie) zauważyć można większą zgodność między mężczyznami niż między kobietami.



RYCINA 8.2

Oddziaływania pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe między młodymi dorosłymi kobietami a innymi członkami rodziny

Źródło: opracowanie własne.



RYCINA 8.3

Oddziaływania pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe między młodymi dorosłymi mężczyznami a innymi członkami rodziny

Źródło: opracowanie własne.

Należy jeszcze podkreślić rolę pokolenia rodziców w transmisji rodzinnej. Ze względu na „kanapkowy" charakter relacji (bliskość oddziaływań, zarówno z własnymi rodzicami, jak i z dziećmi), ich specyfiką jest zgodność z pokoleniem wstępnych i zstępnych – rolą rodziców (środkowe pokolenie w rodzinie trójpokoleniowej) może być mediowanie, transmitowanie, bądź buforowanie zmiany w rodzinnym systemie znaczeń. Przy takiej interpretacji, to pokolenie rodziców jawi się jako ważne ogniwo w swoistej ewolucji rodziny, które dba o stabilizację kultury rodziny i decyduje o ilości oraz jakości zmian we wszystkich obszarach życia. Reprezentantom kohorty rodziców łatwiej jest zatem opisać, zrozumieć i podzielać niektóre preferencje, postawy, oczekiwania i wybory zarówno własnych dzieci, jak i ich dziadków. Rola ta obejmowałaby jednak nie tylko traktowanie z większą tolerancją odmiennych zachowań (niekiedy skrajnych), ale także stwarzanie

warunków do realizacji odmiennych zadań zarówno młodszemu i starszemu pokoleniu, jak i sobie.

Problem uwarunkowania zachowań związanych z rodzinnym kontekstem rozwojowym silnie przyciąga uwagę specjalistów różnych dziedzin, co owocuje wielością badań nad przekazem wzorców między pokoleniami w rodzinie. Analiza tych badań nastręcza trudności, za każdym bowiem razem należy zadać pytanie o to, co sprawdzali badacze, piszący o transmisji międzypokoleniowej: czy jej przejawy i siłę związków, czy uwarunkowania rozpoznanych podobieństw lub różnic, czy wreszcie same mechanizmy transmisji odpowiadające za stwierdzone efekty.

Mimo ogromnego wysiłku badawczego włożonego w wyjaśnienie transmisji międzypokoleniowej w rodzinie, wciąż pozostaje wiele pytań bez odpowiedzi i istnieje konieczność kontynuowania poszukiwań mediatorów i moderatorów tego procesu w różnych obszarach życia, w różnych jego aspektach, zarówno biologicznym, jak i psychologicznym, zarówno symbolicznym, jak i materialnym. Zrozumienie znaczenia tradycji rodzinnych, czy kontynuowania wzorców zachowań, reakcji emocjonalnych lub komunikacji, jest bardzo ważne z punktu widzenia procesu terapeutycznego i sesji terapeutycznej (Hellinger, 2006; Satir, 2002a). W ostatnich latach coraz powszechniej wykorzystywane są metody, które odwołują się wprost do transmisji wzorców rodzinnych. Na przykład można wymienić tu technikę genogramu, pamiętnika rodzinnego, ustawienia rodzinne czy opowieści terapeutyczne, w których proces transmisji międzypokoleniowej przedstawiany jest w postaci wody płynącej od źródła (rodziny pochodzenia, przodków) do odległego ujścia, do którego dotrą potomkowie rodziny. Metafora ta oddaje funkcję transmisji: gdziekolwiek jesteśmy, nieważne jak daleko od źródła, to i tak mamy z nim kontakt i będą go mieli nasi potomkowie.

Przypisy

[1] Wdrukowanie (podążanie za) jest mechanizmem rozpoznanym u zwierząt. Znanym badaczem wdrukowania był Konrad Lorenz, który zaobserwował je m.in. u gęsi.

[2] O możliwych kierunkach transmisji międzypokoleniowej wspominała już Margaret Mead (1978, 1986b). W pracach tej autorki proces transmisji międzypokoleniowej jest ujęty jako mechanizm rozwoju zachodzący w różnych warunkach. Wprowadziła ona podział na trzy typy środowisk. W pierwszym typie, „postfiguratywnym", starsze pokolenie przekazuje wartości młodszej generacji i jest nastawione na ciągłość. W drugim typie, kulturze „kofiguratywnej", między „dorosłymi" a „dziećmi" istnieje przepaść międzypokoleniowa i członkowie rodzin uczą się, skupiając się na rozwiązywaniu bieżących potrzeb, najczęściej od rówieśników. W trzecim typie środowiska (według Mead – kultury), „prefiguratywnym", wiedza może być dostarczana przez młodsze pokolenie pokoleniu starszemu. Proces jest nastawiony z jednej strony na zmianę, a z drugiej – na adaptację oraz zachodzi w toku nieustannej swobodnej interakcji między członkami danej kultury, danej rodziny. Koncepcja Mead ukazuje treści, które podlegają przekazowi, sam sposób ich gromadzenia oraz drogę stawania się tradycji rodzinnej (Mead, 1978; Farnicka, 2011). Transmisji (zmianie lub utrwaleniu) podlegają: wartości, zachowania, postawy, kody i symbole, a także sposoby i kontrola pełnienia różnych ról społecznych. W tym ujęciu transmisja służy przekazowi tradycji, kształtowaniu postaw, wzmacnianiu roli kultury w rodzinie, budowaniu poczucia stabilizacji, identyfikacji oraz wzrostowi poczucia wartości rodziny jako małej grupy występującej na tle innych grup społecznych. Współcześnie koncepcję Mead odczytuje się nie tylko jako opis przemian kultury od post- do prefiguratywnej, lecz także jako podstawę wyjaśniania złożoności kultury współczesnych rodzin ujawniającej się w różnym kontekście lub czasie (np. sposób spędzania świąt a sposób spędzania czasu wolnego: święta i uroczystości rodzinne dana osoba może spędzać w sposób kofiguratywny, ale czas wolny w sposób – prefiguratywny, natomiast rodzinna dyskusja, w tej samej rodzinie, może przebiegać w sposób postfiguratywny). W erze ponowoczesnej wyraziste są znamiona przemian kulturowych stymulowanych przez młodsze pokolenie.

[3] Lęk kastracyjny rozumiany jest tu jako lęk przed unicestwieniem, zagrożeniem ze strony rodzica tej samej płci (Kagan, 1958).

[4] Zdarza się, że w danej rodzinie rodzeństwo różni się od siebie poziomem zróżnicowania Ja. Stopień zaprogramowania określający to zróżnicowanie ma znaczenie dla wyboru współmałżonka. W konsekwencji dokonanego wyboru partnera życiowego może zwiększyć się stopień zróżnicowania kolejnych pokoleń w rodzinie. Na przykład jeśli osoba o niskim poziomie zróżnicowania – przejawiającym się w intensywnym przywiązaniu do osoby bliskiej, w bezradności i niezdecydowaniu – wybierze partnera,

który nie tylko przywiąże się do niej z równą intensywnością, lecz także będzie partnerem, który pokieruje nią i będzie podejmować decyzje za nich oboje, a brat lub siostra cechujący się wyższym poziomem zróżnicowania Ja wybierze (co bardzo prawdopodobnie) partnera o podobnym do swojego poziomie zróżnicowania, to w konsekwencji w następnym pokoleniu dziecko każdego z rodzeństwa może mieć bardziej lub mniej zróżnicowane Ja niż jego rodzice. I jeśli weźmiemy skrajne przypadki (najbardziej zróżnicowane dziecko rodzeństwa najbardziej zróżnicowanego i najmniej zróżnicowane dziecko rodzeństwa najmniej zróżnicowanego), to widzimy, że na przestrzeni trzech pokoleń linie rozwoju Ja członków rodziny wyraźnie rozbiegają się, podobieństwa między nimi zanikają, a uwidoczniają się różnice.

[5] Takie zróżnicowanie relacji jest oparte na koncepcjach Bronfenbrennera (1979) i Ainsworth (1979), wskazujących na rolę prymarnych związków z matką i ojcem.

[6] Siła transmisji jest efektem wyższego rzędu, uwarunkowanym nie tylko samą bliskością pokoleń. Stąd konieczność zastosowania w analizie wyników modeli regresji oraz analizy ścieżek.

Rozdział 9

Psychologia religijności/duchowości rodziny

Elżbieta Rydz

9.1. Religijność i duchowość – definicje
9.2. Współczesne podejścia badawcze w psychologii religijności/duchowości rodziny
    9.2.1. Rozwój struktury i funkcji religijności
    9.2.2. Rozwój struktury i funkcji rodziny
9.3. Rozwój religijności człowieka w kontekście cyklu życia rodzinnego w ujęciu Evelyn Duvall
    9.3.1. Religijność i duchowość w małżeństwie bez dzieci
    9.3.2. Rodziny wychowujące małe dzieci
    9.3.3. Rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym
    9.3.4. Rodziny z dziećmi w wieku szkolnym
    9.3.5. Rodziny z nastolatkami
    9.3.6. Rodziny jako instytucje wypuszczające dzieci w świat
    9.3.7. Starzejący się członkowie rodziny
9.4. Perspektywy badań dotyczących religijności w rodzinie

Rozdział ten jest poświęcony problematyce religijności i duchowości człowieka w kontekście rozwoju systemu rodzinnego. Przedstawię zagadnienia definicyjne religijności i duchowości oraz teoretyczne i empiryczne ujęcia tego zagadnienia. Dynamikę zmian zachodzących w strukturze i funkcji religijności/duchowości człowieka w biegu jego życia zaprezentuję w szerokiej perspektywie faz cyklu życia rodziny w ujęciu Duvall.

9.1. Religijność i duchowość – definicje

Religijność i duchowość stanowią część ludzkiego doświadczenia. Psychologowie rozwoju człowieka rozpatrują te zjawiska w perspektywie zmian zachodzących w biegu życia jednostki, ujmowanych w kontekście rodzinnym, społecznym i kulturowo-historycznym. Koncentrując się na zagadnieniu funkcji oraz dynamiki zmian religijności w systemie rodzinnym, nie sposób pominąć trudności związanych z pluralizmem definicyjnym i znaczeniowym, dotyczącym pojęć religijności i duchowości, występującym we współczesnej literaturze przedmiotu.

Brian Zinnbauer i Kenneth Pargament (2005) w książce *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* podjęli próbę szczegółowego opracowania zagadnienia ewolucji znaczeniowej pojęć religijności i duchowości, jaka zaszła w psychologii na przestrzeni lat. Dokonali także autorskiej syntezy różnych stanowisk teoretycznych, występujących we współczesnych koncepcjach psychologii religii i duchowości. Nie wnikając zbytnio w szczegółowe ścieżki poszukiwań autorów, przeobrażenia znaczeniowe tych terminów można ująć trzyetapowo. W okresie prekursorskim, psychologowie – tacy jak James (1902/1961) czy Hall (1904, 1917) – rozumieli religijność bardzo szeroko, włączając w jej obszar znaczeniowy także zjawisko duchowości lub traktując oba terminy zamiennie. W kolejnym okresie, obejmującym 2 połowę XX w., wystąpił wyraźny wzrost zainteresowania religijnością i duchowością, czego naturalną konsekwencją był rozwój licznych ujęć teoretycznych oraz studiów empirycznych z tego zakresu. Wyraźne odróżnienie duchowości od religijności nastąpiło w latach 80. XX w., szczególnie w Stanach

Zjednoczonych, co było związane ze zjawiskiem pluralizmu religijnego oraz wzrostem indywidualnych form ekspresji wiary. Ewolucja znaczeniowa obu terminów przyjęła niefortunną, według Zinnbauer i Pargamenta, postać, cechującą się polaryzacją, a co za tym idzie – uproszczeniem bogactwa doświadczeń religijnych i duchowych człowieka. W tych spolaryzowanych ujęciach religijność kojarzona była z przynależnością instytucjonalną do danej wspólnoty wyznaniowej (obiektywną i subiektywną), co łączyło się ze specyficznym dla danego wyznania systemem norm i zasad czy praktyk religijnych, w obszarze zaś eksploracji naukowych – ze społecznymi lub grupowymi poziomami analiz oraz z podejściem statyczno-strukturalnym. Duchowość kojarzona była często z pozainstytucjonalnym i subiektywnym doświadczeniem sfery transcendentnej, w badaniach naukowych zaś – z indywidualnymi poziomami analizy oraz z podejściem dynamiczno-funkcjonalnym (por. Zinnbauer, Pargament, 2005).

W ostatnim okresie badań nad religijnością polaryzacja ta jest szeroko krytykowana. Przede wszystkim w związku z założeniem o konieczności ujmowania w badaniach psychologicznych szerszego kontekstu społecznego, politycznego, ekonomicznego i historycznego analizowanych zjawisk. Uwzględnienie tego założenia w naukowych studiach nad religijnością i duchowością pozwala na spostrzeganie instytucji religijnych, szczególnie tych o głębokich korzeniach historyczno-kulturowych, jako istotnie związanych z osobistą wiarą podmiotu, jego emocjami, zachowaniami i doświadczeniami, czyli ze sferą subiektywną i bardzo indywidualną. Zarazem założenie to chroni badacza przed postrzeganiem duchowości poza jej społeczno-kulturowym kontekstem (ibid.). Krytyce są poddawane także inne aspekty stanowisk polaryzujących religijność i duchowość, a mianowicie podział na obiektywno-statyczno-strukturalną religijność oraz subiektywno-dynamiczno-funkcjonalną duchowość. Przeciwnicy tego podziału podkreślają, że oderwanie religijności od jej funkcji istotnie redukuje jej bogactwo, przede wszystkim nie ujmuje jej zmian rozwojowych w biegu życia człowieka, czego rezultatem jest bezosobowa religijność „zamrożona” w czasie (Pargament, 1997; Zinnbauer, Pargament, 2005). Natomiast definicje duchowości, które opierają się jedynie na funkcjonalnych wymiarach zjawiska, dają w efekcie konstrukt o płynnych granicach, uniemożliwiający psychologom

utworzenie jasnej definicji, odróżniającej duchowość jako zjawisko psychologiczne od opisów teoretycznych, które są udziałem filozofii, teologii, humanistyki i innych dziedzin wiedzy.

Dokonując syntezy, Zinnbauer i Pargament (2005) naszkicowali dwie drogi aktualnego rozumienia i definiowania istoty zjawiska religijności i duchowości: (1) ujmowania duchowości jako szerszej znaczeniowo od religijności lub (2) ujmowania religijności jako szerszej znaczeniowo od duchowości. W pierwszym przypadku duchowość jest definiowana jako osobiste lub grupowe poszukiwanie sfery świętości (*sacred*), religijność zaś jako osobiste lub grupowe poszukiwanie sfery świętości zachodzące z udziałem jej tradycyjnego kontekstu (*sacred context*). W tej definicji elementami łączącymi oba terminy są: poszukiwanie (*search*) oraz świętość (*sacred*), elementem zaś różnicującym je jest ujęcie tradycyjnego kontekstu. Religijność reprezentuje jednostkowe lub wspólnotowe poszukiwanie świętości, które związane jest z tradycyjnym kontekstem lub organizacyjną (instytucjonalną) tradycją wiary. W tym ujęciu duchowość jest terminem szerszym, ponieważ obejmuje także te aspekty tradycyjnej religijności, które wyłoniły się, drogą selekcji oraz indywidualnego wyboru, z form tradycyjnych i zostały przeniesione poza system zdefiniowany kulturowo. W drugim przypadku, Pargament (2005) definiuje duchowość jako poszukiwanie świętości (*serach of sacred*), a religijność jako poszukiwanie doniosłości, istotności (*serach of sagnificence*) przez relację do świętości. W tym rozumieniu nacisk położony jest nie na sferę kontekstu społeczno-kulturowego, lecz na sferę świętości jako obiektu i efektu procesu poszukiwania. W tym ujęciu duchowość jest sercem i duszą religijności, podstawową funkcją, rdzeniem życia religijnego (*the core function of religious life*). Religijność w tej drugiej definicji ma zatem szersze znaczenie niż duchowość (Zinnbauer, Pargament, 2005).

Konkluzje definicyjnych poszukiwań autorów *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* można ująć następująco: we współczesnych dociekaniach naukowych występuje znacznie bogatsze i bardziej różnorodne rozumienie religijności i duchowości niż w ujęciach tradycyjnych, czego efektem jest pewne pomieszanie znaczeniowe i definicyjne. Jest oczywiste, że religijność i duchowość stanowią fundamentalne procesy i zjawiska psychiczne człowieka, oraz że nie można ich redukować do innych procesów, ani też ograniczać do

jednowymiarowych poziomów analizy. Przeciwnie – poszukiwania naukowe powinny obejmować poziomy mikro- i makroanaliz, indywidualne i społeczne ich aspekty, szczegółowe i ogólne tendencje, odniesienia subiektywne i obiektywne, jak również przeżycia wewnętrzne oraz uzewnętrznione sposoby manifestacji religijności i duchowości. Ponadto, w zakresie obu zjawisk niezbędne są różnorodne poziomy analizy, uwzględnianie różnych trajektorii rozwojowych oraz udziału i wpływu innych funkcji psychicznych na religijność i duchowość. Pole dociekań badawczych w omawianym obszarze jest otwarte na dalsze, pogłębione konceptualizacje i nowe badania, w których będą tworzone i weryfikowane wielowymiarowe i wielopoziomowe modele i charakterystyki religijności i duchowości. Zinnbauer konstatuje ponadto, że w badaniach psychologicznych nie można pominąć tego, w jaki sposób same osoby badane rozumieją i definiują te zjawiska. Większość tych osób uważa się za osoby zarówno religijne, jak i duchowe (ibid.). Emmons i Paloutzian (2003, s. 395) stwierdzają, że psychologia religii wpisuje się obecnie w wielopoziomowy interdyscyplinarny paradygmat „rozpoznając wartość danych z wielu poziomów analizy przy uznaniu nieredukcjonistycznych założeń dotyczących wartości zjawiska duchowości i religijności”.

9.2. Współczesne podejścia badawcze w psychologii religijności/duchowości rodziny

Większość współczesnych studiów empirycznych z zakresu religijności/duchowości osób żyjących w rodzinie koncentruje się na poszukiwaniu związków między jednostką a wybranymi aspektami różnorodnych i wielowarstwowych kontekstów, w których ona żyje (**podejście funkcjonalne**) (Lerner, Dowling, Anderson, 2003). Funkcjonalność podejścia w badaniach nad religijnością wyraża się w założeniu, że religijność i duchowość należą do obszarów sprzyjających lepszemu przystosowaniu (np. Benson, Roehlkepartain, Rude, 2003; King, Furrow, 2004). Koncepcja ta zaobfitowała wieloma interesującymi badaniami empirycznymi, np. nad przystosowaniem dzieci, młodzieży i osób dorosłych w kontekście zachowań ryzykownych (np. Regnerus,

Elder 2003). Studia empiryczne w tym podejściu badawczym prowadzone są wśród osób z różnych grup wiekowych, nie podejmują jednak bezpośrednio zagadnienia rozwoju religijności człowieka.

Kolejnym obszarem poszukiwań teoretycznych jest próba ujęcia dynamiki zmian systemu rodzinnego jako relacji jednostek o różnych – oraz podlegających zmianom rozwojowym – poziomach religijności (rozwojowe **podejście dynamiczno-strukturalne**). Zgodnie z założeniami psychologii rozwojowej nurtu *life-span* (biegu życia), zmiany te mają charakter wielokierunkowy i wielopoziomowy oraz są związane z ogólnym rozwojem jednostek w biegu życia (Walesa, 2005, 2008), z przemianami socjokulturowymi zachodzącymi w społeczeństwie, a także z dynamicznym rozwojem systemu rodzinnego, obejmującym różne etapy życia rodziny (Duvall, 1971).

Podsumowując, można stwierdzić, że współczesne perspektywy badawcze coraz częściej obejmują szerokie zakresy pomiaru (1) rozwoju struktury i funkcji religijności w kontekście (2) rozwoju struktury i funkcji rodziny.

9.2.1. Rozwój struktury i funkcji religijności

Istnieje wiele teoretycznych koncepcji, w których autorzy podjęli próbę opisania wybranych aspektów struktury i funkcji religijności w biegu życia człowieka. Do najważniejszych zalicza się: **strukturalną koncepcję rozwoju wiary** Fowlera (1981), **koncepcję rozwoju rozumienia języka religijnego** Goldmanna (1964), **koncepcję rozwoju myślenia i tożsamości religijnej** Elkinda (1970), **poznawczo-strukturalną koncepcję poziomu sądów religijnych** Osera i Gmündera (1992), **poznawczo-rozwojową koncepcję integralnego rozwoju religijności** Walesy (2005), **rozwojową koncepcję orientacji religijnych nurtu humanistycznego** Meadow i Kahoe (1984) czy **teorię relacji z obiektem** Genii (1990).

W polskiej psychologii rozwoju religijności człowieka, koncepcją najlepiej opracowaną teoretycznie i empirycznie jest **dynamiczna poznawczo-rozwojowa strukturalna teoria rozwoju religijności** Walesy (2003, 2005, 2008). Według autora tej koncepcji religijność człowieka stanowi zjawisko integralne i jednolite, choć wieloaspektowe, urzeczywistniające się przez konkretne przejawy życia psychicznego oraz

społeczno-kulturowego. Strukturę religijności stanowi osiem dziedzin (parametrów), a mianowicie: świadomość religijna, uczucia religijne, decyzje religijne, więź ze wspólnotą osób wierzących, praktyki religijne, moralność religijna, doświadczenie religijne i formy wyznania wiary. Autor stwierdza, że religijność człowieka kształtuje się od pierwszych okresów ontogenezy przez międzyludzkie interakcje (zwłaszcza z matką), pod wpływem wielu czynników, do których zalicza: (1) wyposażenie genetyczne oraz ukształtowane w okresie prenatalnym podłoże anatomiczno-fizjologiczne i psychiczne, (2) oddziaływanie środowiska przyrodniczego i społeczno-kulturowego, a zwłaszcza rodzinnego, przez wychowanie, szczególnie zaś przez wprowadzanie w zasady życia religijnego, (3) czynniki koordynacyjne i równoważące – aktywność własną, czynniki losowe, czynniki równoważenia, a zwłaszcza tendencję do przekraczania różnych ograniczeń (m.in. zjawisk zmysłowych) i transcendowanie w kierunku Sacrum, (4) metaczynniki rozwoju, np. podstawowe struktury metaaktywności (np. metapoznanie) oraz fundamentalne dynamizmy kształtowania własnego Ja wchodzącego w relację z Ty. Więź ze wspólnotą osób wierzących, jaką jest środowisko rodzinne i pozarodzinne człowieka, jest podstawowym obszarem rozwoju jego religijności (Walesa, 2008).

9.2.2. Rozwój struktury i funkcji rodziny

Aktualnie na gruncie psychologii rodzina ujmowana jest jako system społeczny o określonej strukturze, właściwościach i zadaniach (np. Braun-Gałkowska, 2008; Lachowska, 2012). Dynamikę zmian w systemie rodzinnym opisuje w swoich pracach Duvall (1971). Autorka koncentruje się na etapach rozwoju systemu rodzinnego oraz na celowości zmian zachodzących w rodzinie. Wymienia osiem etapów, do których zalicza: (1) **małżeństwo bez dzieci** – docelowa zmiana: wzajemne przywiązanie, (2) **rodziny wychowujące małe dzieci** (najstarsze dziecko od narodzin do 30 m.ż.) – docelowa zmiana: wykształcenie ról rodzicielskich, (3) **rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym** (najstarsze dziecko od 30 miesiąca do 6 r.ż.) – docelowa zmiana: zaakceptowanie osobowości dziecka, (4) **rodziny z dziećmi w wieku szkolnym** (najstarsze dziecko 6–13 lat) – docelowa zmiana: wprowadzenie dzieci do instytucji (szkoła, kościół, klub

sportowy), (5) **rodziny z nastolatkami** (najstarsze dziecko 13–20 lat) – docelowa zmiana: zaakceptowanie dojrzewania (zmiany ról społecznych i płciowych), (6) **rodziny jako instytucje wypuszczające dzieci w świat** (od pierwszego do ostatniego dziecka wyprowadzającego się z domu) – docelowa zmiana: eksperymentowanie z niezależnością, (7) **rodzice w wieku średnim** (od „pustego gniazda" do przejścia na emeryturę) – docelowe zmiany: zaakceptowanie niezależnej roli dorosłego dziecka, (8) **starzejący się członkowie rodziny** (od emerytury do śmierci obojga rodziców) – docelowe zmiany: pozwolenie na odejście, zaakceptowanie starości.

9.3. Rozwój religijności człowieka w kontekście cyklu życia rodzinnego w ujęciu Evelyn Duvall

Dynamikę zmian zachodzących w strukturze i funkcji religijności człowieka w biegu jego życia zaprezentuję w szerokiej perspektywie faz cyklu życia rodziny w ujęciu Duvall (1971).

Przegląd badań nad rolą religijności i duchowości w życiu rodziny ukazuje z jednej strony wielokrotnie jej pozytywną, integrującą funkcję, z drugiej zaś – wyraźne luki w teoretycznej konceptualizacji oraz empirycznej eksploracji tego zagadnienia. Dokonując przeglądu badań nad funkcją religijności w małżeństwie i rodzicielstwie, Mahoney i Tarakeshwar (2005) stwierdzili, że większość z pomiarów przeprowadzono za pomocą technik jedno- lub dwuwymiarowych, pozwalających na ocenę osobistej religijności, przez np. itemy dotyczące przynależności religijnej, uczestniczenia w kościelnych praktykach lub przez ogólną ocenę ważności religii w życiu osoby badanej. Większość (87%) z tych studiów dotyczyła konkretnych narodowości i wspólnot religijnych, a więc osób deklarujących przynależność i zaangażowanie w życie określonych instytucji religijnych. W badaniach istotności religii w życiu amerykańskich małżonków 65% matek i 57% ojców odpowiedziało, iż religia jest w ich życiu wysoce lub bardzo istotna (Mahoney i in., 1999). Około 90% populacji Stanów Zjednoczonych deklaruje, że przekazuje religijność swoim dzieciom (Gallup, Castelli, 1989), a 55% osób pozostających w związkach

małżeńskich uczestniczy w praktykach religijnych swojego kościoła przynajmniej kilka razy do roku (Heaton, Pratt, 1990).

9.3.1. Religijność i duchowość w małżeństwie bez dzieci

Podejście funkcjonalne

Opisując pierwszy etap rozwoju rodziny, Duvall określa **wzajemne przywiązanie** jako zmianę docelową. Badania nad funkcją religijności w rodzinie potwierdzają pozytywną rolę osobistej religijności w kształtowaniu się przywiązania u młodych oraz bardziej doświadczonych małżonków. Wyniki metaanaliz współczesnych badań na funkcją religijności w rodzinie, dokonane przez Mahoney i Tarakeshwar (2005), pozwoliły na wyciągnięcie wniosków, że religijność małżonków powiązana jest pozytywnie z ogólną satysfakcją z małżeństwa, zaangażowaniem małżeńskim, pozytywnymi strategiami wychodzenia z konfliktów, a także z przygotowaniem do rodzicielstwa oraz z pełnieniem ról rodzicielskich (Dollahite, Marks, Goodman, 2004; Mahoney i in., 2001; Mahoney, Tarakeshwar 2005). Badania wykazują, że wyższa indywidualna religijność małżonków łączy się z większym zaangażowaniem w związek małżeński, także przy kontroli takich zmiennych, jak czynniki demograficzne oraz satysfakcja małżeńska (Larson, Goltz, 1989; Wilson, Musick, 1996; Mahoney i in., 2001). Ponadto pary religijnie homogeniczne wykazują wyższe pozytywne powiązania z zaangażowaniem małżeńskim niż pary niehomogeniczne religijnie (Mahoney i in., 2001). Podzielanie głębokich religijnych wartości może pomóc „cementować” związek dzięki „tożsamości pary”, co jest powiązane także z wyższym wskaźnikiem poświęcenia i z wiekszą harmonią w relacji małżeńskiej (Stanley, Markman, 1992). Wysoka zgodność poglądów religijnych małżonków jest powiązana z niższą częstotliwością konfliktów słownych oraz z lepszymi wzorcami komunikacji (Curtis, Ellison, 2002; Mahoney, Tarakeshwar, 2005). Problematyka religijna rzadko jest przedmiotem bezpośrednich sporów małżonków. Kłótnie małżonków religijnych nasilają się, gdy jedno z nich wykazuje wyższy konserwatyzm religijny (Curtis, Ellison, 2002). Wyższa religijność obojga małżonków związana jest też z bardziej

konstruktywnymi strategiami rozwiązywania konfliktów (Brody i in., 1994; Mahoney i in., 1999).

Część analizowanych przez Mahoney i Tarakeshwar (2005) badań koncentrowała się na uwarunkowaniach modyfikujących związki między religijnością a wskaźnikami jakości życia małżeńskiego. Do takich czynników należy np. zdrowie psychiczne małżonków; Sullivan (2001) stwierdził, że ogólna religijność powiązana jest pozytywnie z satysfakcją z małżeństwa u młodych małżeństw, lecz jedynie u par z wysokim poziomem zdrowia psychicznego. Zaznacza się również, że wyższa religijność może być związana z wyższym konwencjonalizmem małżonków (Mahoney, Tarakeshwar, 2005).

Podejście dynamiczno-strukturalne

Granice wiekowe pierwszego etapu rozwoju rodziny są bardzo umowne, podlegają ponadto zmianom wynikającym z czynników socjokulturowych. Ujmując frekwencyjnie – większość małżonków na tym pierwszym etapie znajduje się w okresie początków wczesnej dorosłości, określanym w literaturze przedmiotu jako młoda dorosłość (od ok. 18 do ok. 29 r.ż.; por. Rydz, 2012). Młodzi religijni małżonkowie wkraczają w okres nazywany przez Walesę czasem **kształtowania się autentyczności religijnej**, charakteryzujący się dynamicznym formowaniem się światopoglądu, a w jego obrębie – własnych poglądów i przekonań na tematy religijne. W procesie internalizacji i centralizacji ważnych treści religijnych istotną rolę odgrywa poczucie prawdziwości, oryginalności, szczerości, zgodności z wewnętrznymi ideałami i zasadami zachowań danej osoby. Autentyczność religijna ułatwia znalezienie swojej roli oraz miejsca w świecie i staje się źródłem określonych znaczeń i sensów. Autentyczność przejawia się w decyzjach życiowo doniosłych, zawodowych i osobistych, określających indywidualne powołanie życiowe, np. zawarcie związku małżeńskiego oraz budowanie go na religijnym systemie wartości. Autentyzm religijny jest ciągle aktualizowany, stosownie do zmieniającej się rzeczywistości i realiów życia (np. Walesa, 2008; Rydz, 2012). Treść religijności jest zależna od warunków społeczno-historyczno-kulturowych. W zderzeniu z wymaganiami rzeczywistości dnia codziennego nawet ci

najbardziej odpowiedzialni często stoją bezradni wobec zmagania o głębszą i bardziej radykalną wiarę (Augustyn, 2005; Walesa, 2008).

9.3.2. Rodziny wychowujące małe dzieci

Podejście funkcjonalne

Religijność małżonków może stanowić czynnik ułatwiający psychologiczną gotowość na posiadanie dzieci (Mahoney, Tarakeshwar, 2005). Wyższa częstotliwość uczęszczania do kościoła jest ściśle powiązana z wyższym wskaźnikiem posiadania dzieci (Krishnan, 1993). Becker, Hofmeister (2001) oraz Palkovitz (2002) piszą, że narodziny dziecka pociągają za sobą transformacje w duchowej orientacji rodziców: u religijnych matek pojawia się pogłębione doświadczenie subiektywnej ważności Boga i religii w życiu oraz zwiększa się częstotliwość uczęszczania do kościoła, u religijnych ojców występuje wyzwolenie religijnej introspekcji oraz religijnego zaangażowania. Wyniki badań wskazują, że wysoka religijność matek może ułatwiać adaptację do roli rodzicielskiej oraz zwiększać poczucie dobrostanu w trudnych okolicznościach rodzicielskich (np. w sytuacji samotnego macierzyństwa) przez religijne sposoby radzenia sobie (Garcia, Perez, Ortiz, 2000; Koenig, McCullough, Larson, 2001). Longitudinalne badania Wilcoxa i Wolfingera (2003) wykazały, że uczęszczające do kościoła matki były bardziej związane z instytucją małżeństwa. Matki miejskie, które regularnie uczęszczały do kościoła, były częściej mężatkami w momencie narodzin dziecka niż kobiety o niższym wskaźniku tego uczęszczania. Natomiast kobiety, które urodziły dzieci w stanie niezamężnym, a posiadały wysoki wskaźnik uczęszczania do kościoła, wychodziły za mąż w ciągu roku po urodzeniu dziecka. Były one także bardziej chętne do przyjmowania zachowań wspierających (np. uczuciowych) od ojca dziecka oraz miały mniej konfliktów dotyczących wierności seksualnej.

Podejście dynamiczno-strukturalne

W tym okresie u młodych małżonków często występuje zderzenie się dążeń nonkonformistycznych, idealizmu młodzieńczego i różnych przejawów autentyczności religijnej z realnością codziennego życia i twardymi

wymaganiami rzeczywistości (Walesa, 2001). Pojawienie się dziecka otwiera nowy horyzont w systemie rodzinnym, a mianowicie obszar religijności własnego dziecka; Walesa (2005) opisuje to jako **okres zachowań quasi religijnych oraz pierwszych przejawów religijności**. Zasadniczo wszystkie formy aktywności religijnej małego dziecka zachodzą w kontekstach społecznych i są uwarunkowane mechanizmami ludzkiego współżycia z dorosłymi, np. podzielaniem uwagi czy działań, naśladowaniem, partycypacją lub modelowaniem. W rodzinie wielopokoleniowej zachodzi zjawisko transmisji międzygeneracyjnej religijności w relacji rodzice–dzieci oraz dziadkowie–wnuki, na wszystkich poziomach rozwoju rodziny (por. Braun-Gałkowska, 1990).

9.3.3. Rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym

Podejście funkcjonalne

W badaniach Wilcoxa (1998) skoncentrowano się na problematyce bliskości emocjonalnej rodziców w relacjach z dziećmi w powiązaniu z religijnością, mierzoną wskaźnikiem konserwatywnego *versus* liberalnego podejścia do Biblii. Bardziej konserwatywni rodzice uzyskiwali wyższy wskaźnik przytulania i pochwał dzieci przedszkolnych i szkolnych oraz byli mniej skłonni do stosowania krzyku jako metody perswazji. Większość badań nad związkiem między religijnością rodziców a stosowanymi przez nich wobec małych dzieci metodami wychowawczymi wykazuje, że rodzice religijni mają wyższy niż rodzice niereligijni wskaźnik zaangażowania w proces wychowawczy swoich dzieci, wyrażający się w częstszym zarówno nagradzaniu, jak i karceniu dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym (na wskaźnik ten wpływa też deklaracja osób badanych dotycząca wartości posłuszeństwa u dzieci oraz skuteczności umiarkowanych kar cielesnych[1]) (Gershoff, Miller, Holden, 1999; Mahoney i in. 2001; Mahoney, Tarakeshwar, 2005). Czynnikami modyfikującymi te postawy były: ogólna satysfakcja z rodzicielstwa oraz bardziej liberalna religijność, która wiązała się ze zmniejszeniem wskaźnika przekonania o skuteczności karcenia cielesnego (Murray-Swank, Mahoney, Pargament, 2003). Autorzy wyjaśniają to postawami badanych wynikającymi z ich konserwatywno-literalnego spojrzenia na Biblię jako na

źródło wiedzy i mądrości życiowej, w którym dopuszcza się stosowanie karcenia cielesnego.

W przypadku posiadania dzieci specjalnej troski wielu rodziców spontanicznie stwierdza, że religia pomaga im w rodzicielstwie (Dollahite, Marks, Goodman, 2004). Jedną z pozytywnych form religijnego radzenia sobie z rodzicielstwem specjalnej troski jest religijna reanaliza i reinterpretacja problemów dziecka oraz roli rodziców jako opiekunów. Na przykład Skinner, Bailey, Correa i Rodriguez (1999) stwierdzili, że 71% matek latynoskich uważało, że ich niepełnosprawne dziecko jest darem od Boga, który złożył odpowiedzialność za takie dziecko właśnie w ich ręce, co może stanowić drogę wzrostu wiary rodziców. Inna pozytywna forma religijnego radzenia sobie polega na stosowaniu religijnych praktyk, takich jak modlitwy, uczęszczanie do kościoła lub pielgrzymowanie do świętego miejsca, aby pomóc sobie lub dziecku (Bailey i in., 1999). W badaniach matek dzieci z autyzmem, Tarakeshwar i Pargament (2001) stwierdzili jednak, że matki mogą doświadczać także negatywnych emocji, takich jak bycie opuszczonym przez Kościół i przez Boga. Występowanie takich uczuć u matek religijnych powiązane było z ich wyższym poziomem depresyjności i lęku.

Podejście dynamiczno-strukturalne

Duvall (1971) opisuje etap posiadania i wychowywania dzieci w wieku przedszkolnym także jako czas wprowadzania dziecka w świat wartości religijnych. Tematyka religijności dzieci przedszkolnych budzi współcześnie ogromne zainteresowanie psychologów; religijność tych dzieci podlega intensywnym zmianom. Walesa określa ten etap rozwoju religijności człowieka jako **okres religijności magicznej**, charakteryzujący się antropomorficznym ujmowaniem Boga, jako czarodzieja, którego „siły” należy pozyskać dla siebie przez odpowiednie zachowania czy swoiste ryty.

Więź dziecka przedszkolnego ze wspólnotą osób wierzących realizuje się przede wszystkim na terenie rodziny – podczas wspólnych modlitw, chrześcijańskiego spędzania niedziel i świąt, uroczystości rodzinnych i w innych sytuacjach. Przejawia się także poza rodziną – podczas wspólnego uczestniczenia w liturgii, w lekcjach religii i różnych religijnych spotkaniach. Utrzymując głębszą więź z daną osobą wierzącą – często przez

swoje pytania o sprawy religijne oraz przez inne formy aktywności własnej – dziecko inicjuje z tą osobą rozmowę na tematy religijne. Wiek przedszkolny dla dzieci wychowywanych religijnie (zwłaszcza pięcioletnich i starszych) jest okresem pytań metafizyczno-religijnych (Walesa, 2005).

9.3.4. Rodziny z dziećmi w wieku szkolnym

Podejście funkcjonalne

Badania rodzin z dziećmi w wieku szkolnym (najstarsze dziecko 6–13 lat) wykazują, że religijność jest powiązana ze skuteczniejszym rodzicielstwem, większym rodzicielskim ciepłem i spójnością rodziny (Brody, Stoneman, Flor, 1996; Mahoney i in., 2001). Religijność rodziców w sposób pośredni wpływa na wyższy poziom samoregulacji u dzieci i młodzieży przez promowanie spójności rodzinnej oraz mniejszego poziomu konfliktów małżeńskich (Brody i in., 1994). W badaniach tych stwierdzono, że związki między rodzicielską religijnością i rodzicielskimi umiejętnościami wychowawczymi modyfikowane były przez jakość małżeństwa oraz umiejętności rodzicielskie.

Podejście dynamiczno-strukturalne

Religijność małżonków posiadających dzieci w wieku młodszym szkolnym, obejmuje zmiany jakościowe, polegające przede wszystkim na pogłębianiu rozumienia religijnych znaczeń i egzystencjalnych odniesień oraz budowaniu osobistej więzi z Bogiem, szczególnie w kontekście trudnych wydarzeń życiowych. Natomiast dziecko w wieku szkolnym wchodzi w etap nazywany przez Walesę (2005) **okresem religijności autorytarno-moralnej** ze względu na rolę autorytetu i struktur moralno-prawnych w jej kształtowaniu. Stopniowo zaczyna ono ujmować cechę duchowości Boga, co umożliwia właściwe rozumienie Jego wszechobecności, wszechwiedzy, wszechmocy i innych atrybutów.

Analizując więź dziecka ze wspólnotą osób wierzących, zauważyć można częste w tym okresie procesy transferu instytucjonalnego, czyli przeniesienia przekonań, uczuć i relacji dotyczących rodziców i własnej rodziny na „osoby religijne” (np. ksiądz, siostra zakonna, katecheta) i na

grupy czy instytucje religijne (np. wspólnota religijna, parafia, grupa ministrancka), oraz to, że dziecko odnajduje w przeżyciach religijnych (nie tylko w grupowych, ale i w prywatnych) element wspólnotowy. Coraz większego znaczenia nabiera też samodzielny udział dziecka w religijnej aktywności formalnych i nieformalnych grup pozarodzinnych (Walesa, 2005). Pod koniec omawianego okresu dziecko ma już zazwyczaj ukształtowaną względnie obiektywną wizję świata, a jego religijność może nie zawierać już prymitywnego antropomorfizmu oraz interpretacji magicznych (Walesa, 2005).

9.3.5. Rodziny z nastolatkami

Podejście funkcjonalne

Pozytywne funkcje religijności stwierdzono w badaniach rodzin posiadających nastoletnie dzieci. Wyższa religijność rodziców wpływa na lepszą religijną adaptację do wiary i praktyk religijnych u ich nastoletnich dzieci (Sherkat, 2003). Stwierdzono także, że osobista religijność nastolatków jest powiązana z niższym poziomem ich zachowań ryzykownych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych czy współżycie seksualne niepełnoletnich (Donahue, Benson, 1995) oraz z wyższym poziomem zachowań pozytywnych (Regnerus, 2003). Przy czym longitudinalne badania Regnerusa (2003) wykazały, że wyższa ogólna religijność rodziców była bezpośrednio powiązana z niższą przestępczością częściej u córek niż u synów.

W przeprowadzonych przez Gunnoe, Hetherington i Reiss (1999) badaniach nad rozwiązywaniem problemu w parach rodzice–dorastające dziecko, badacze wykryli silny bezpośredni związek między wysoką osobistą religijnością rodziców a większym autorytetem rodzicielskim oraz związek pośredni między religijnością rodziców a odpowiedzialnością społeczną u adolescentów.

Podejście dynamiczno-strukturalne

W życiu religijnym małżonków pełnemu rozwojowi podlegają wiodące ideały religijne. Jest to istotne nie tylko dla pogłębiania osobistej więzi z Bogiem, ale i dla międzypokoleniowej transmisji życia religijnego.

Religijne ideały, wzorce działań, doniosłe religijne przedsięwzięcia – mogą mieć wielki wpływ na własne dzieci, wychowanków, uczestników wspólnoty religijnej i innych ludzi (Cameron, Pallant, Watchorn, 2005; Walesa, 2008).

Natomiast nastolatki, czyli osoby dorastające, wkraczają w **okres religijności autonomicznej** (Walesa, 2008). Oznaką autonomii zasad życia religijnego jest to, że dorastający czuje się sprawcą, decydentem i odpowiedzialnym za własne zachowania religijne. Niektóre wyniesione z domu zasady religijne zostają stopniowo przeformułowane albo odrzucone. Zdarzają się również zasady od nowa ukształtowane – stosownie do wymagań świata kulturowego młodego człowieka. Kształtowanie się autonomii religijnej stymulują (często w sposób paradoksalny) sprzeczne doznania, poczucie zagubienia i dezorientacja nawet we własnych przeżyciach religijnych, a szczególnie w stanach świadomości religijnej (Francis, Gibson, 1993; Walesa, 2008).

Przeszkodą w pomyślnym rozwoju religijności bywają m.in. przeżywane przez niektóre osoby kryzysy, wątpliwości, przeczenia, przejawy buntu oraz negacji i zerwanie z tradycją rodzinną. Zjawiska te stają się niekiedy czymś pozytywnym, prowadzącym do wysiłku w zachowywaniu wierności osobistemu doświadczeniu religijnemu (Regnerus, 2003; Walesa, 2008).

9.3.6. Rodziny jako instytucje wypuszczające dzieci w świat

Podejście funkcjonalne

W badaniach longitudinalnych Pearce i Axinn (1998) odkryli, że wyższa religijność rodziców oraz wyższa zgodność między religijnością matek i ich dzieci w wieku 18 lat wpływa na bardziej pozytywne relacje rodzice–dzieci, gdy młodzież ma 23 lata, co opisywały obie strony (rodzice i ich dorosłe dzieci). Mahoney i Tarakeshwar (2005) zauważają, że od ok. 1995 r. gwałtownie wzrosła liczba badań nad religijnością koncentrujących się na ojcostwie. Wyższa religijność ojców wiąże się z ich większym zaangażowaniem w aktywność młodzieży, lepszą relacją i uczuciowym odniesieniem ojciec–dziecko oraz z pozytywną antycypacją co do jakości tej relacji w przyszłości, a także z poczuciem rodzicielskiego obowiązku i wysiłkiem włożonym w pełnienie ról rodzica przez ojców, zarówno

w związku małżeńskim, jak i po rozwodzie (także przy kontroli czynników demograficznych, materialnych, rodzinnych i postaw rodzicielskich) (Dollahite, Marks, Olson, 1998; Bartkowski, Xu, 2000; Wilcox, 1998; King, 2003).

W analizowanych badaniach stwierdzono ochronną funkcję religijności – chroniącą przed takimi problemami małżeńskimi, jak rozwody, przemoc małżeńska oraz zdrady (por. Mahoney, Tarakeshwar, 2005). U ludzi, którzy mają wysokie wskaźniki pomiaru religijności (m.in. wysoką frekwencję praktyk religijnych swojego Kościoła) występuje niższe ryzyko rozwodu, niż u tych, którzy nie posiadają takiej afiliacji (Mahoney i in., 2001), także przy kontroli takich czynników, jak nadużywanie alkoholu czy stosowanie narkotyków (Booth i in., 1995). Biorąc pod uwagę to, że rozwód jest mniej normatywnym zdarzeniem dla większości religijnych osób, rozpad małżeństwa może stanowić dla nich źródło poważnego kryzysu. Większość religijnych małżonków oraz ich dzieci, także dorastających, przeżywa doświadczenie rozwodu jako niepowodzenie nie tylko życiowe, ale i religijno-duchowe. Religijni dorośli, którzy się rozwiedli (Feigelman, Gormand, Varacalli, 1992) i ich dzieci (Lawton, Bures, 2001), są bardziej skłonni do odrzucenia religii oraz do oceny rozwodu jako wydarzenia rujnującego, bezczeszczącego (Pargament i in., 2005). Religijni małżonkowie mogą zmagać się przy rozwodach z poczuciem winy i doszukiwać się przyczyny rozwodu w tym, że nie byli perfekcyjnie dobrymi małżonkami (Livingston, 1985; Mahoney i in., 2003).

Osoby uzyskujące wysokie wyniki we wskaźnikach religijności, rzadziej niż osoby o niższych wskaźnikach, są ofiarami przemocy małżeńskiej (Fergusson i in., 1986) oraz rzadziej używają agresji wobec partnera (Ellison, Bartkowski, Anderson, 1999). Wyższa religijność jest powiązana z wyższą dezaprobatą współżycia pozamałżeńskiego w USA, Niemczech oraz w Polsce (Scott, 1998), szczególnie u katolików i protestantów (Cochran, Beeghley, 1991). Mahoney i Tarakeshwar (2005) stwierdzają, że niewierność małżeńska może być bardziej stresująca i traumatyczna dla małżonków bardziej religijnych. Konstatują także zbyt małą liczbę prowadzonych w tym zakresie badań, szczególnie w kontekście zachowań, a nie postaw małżonków wobec zdrady.

Podejście dynamiczno-strukturalne

Religijność rodziców, którzy mają od ok. 40 do ok. 60 lat, określana jest przez Walesę (2008) jako **religijność człowieka w wieku średnim**, którą cechuje potrzeba rewizji i pogłębienia własnego życia duchowego. Procesy te łączą się z poczuciem realizowania wartości wyższych, a także ze świadomością szczególnej kompetencji w sferze religijności. Religijne osoby w wieku średnim angażują się w życie religijne własnej rodziny przez zainteresowanie wychowaniem religijnym swoich wnuków, a także w życie Kościoła lokalnego i misyjnego.

9.3.7. Starzejący się członkowie rodziny

Podejście funkcjonalne

Wiele badań potwierdza założenie o pozytywnej funkcji religijności, która przede wszystkim integruje i chroni życie małżeńskie i rodzinne. Mahoney i Tarakeshwar (2005) zwracają uwagę, że religijny system znaczeń dostarcza fundamentalnych założeń do budowania wartości rodzinnych, które są spostrzegane jako „dane od Boga", oraz procesów zachodzących w rodzinie, wydarzenia zaś naruszające te fundamenty mogą być przyczyną osobistego i rodzinnego kryzysu (Mahoney i in., 2003). W przypadku naruszenia tych fundamentów zauważa się również przejawy dezintegrującej funkcji religijności, pogłębiającej poczucie straty.

Podejście dynamiczno-strukturalne

Religijność osób w wieku od ok. 60 r.ż. określana jest przez Walesę (2008) jako **okres religijności człowieka starzejącego się**. U tych osób, których rozwój religijny nadal przebiega pomyślnie – mimo postępującego starzenia się, chorób i degradacji fizycznej oraz psychicznej – zauważa się swoistą mądrość, która przejawia się tolerancją, wyrozumiałością i głęboką życzliwością oraz wysoką potrzebą przekazywania wiary kolejnym pokoleniom. Wiele osób religijnych osiąga w starości głęboki wgląd w ostateczne sprawy człowieka, jak np.: śmierć, życiowo doniosły wybór wartości Bożych, dalsze i niekończące się życie z Bogiem czy ostateczna ocena swego życia.

Także w starości mogą zajść wydarzenia nadzwyczajne w życiu religijnym, np. proces zakończenia starego sposobu zachowania w określonej dziedzinie religijności i rozpoczęcie nowego sposobu życia religijnego (np. przyjęcie absorbującej funkcji w strukturach parafialnych). Jeszcze większa przemiana może wystąpić w przypadku wydarzeń dla starości normalnych (jak np. choroba terminalna), w których – dzięki religijnym procesom transcendowania – następuje wzniesienie się ponad sferę bólu, zniechęcenia, rozpaczy, a także fizycznego i psychicznego degradującego poniżenia, do swoistego szczęścia życia z Bogiem. Dzięki temu nawet zwyczajne czynności i codzienne zdarzenia tych osób nabierają wymiaru eschatologicznego[2], a formy zachowania religijnego upraszczają się, np. modlitwa nie ma wysiłkowego charakteru dialogu czy rozmowy, ale po prostu współbycia z Bogiem. Są to przejawy religijności spełnionej, adekwatnie realizowanej.

9.4. Perspektywy badań dotyczących religijności w rodzinie

Rozwój religijności człowieka w rodzinie przybiera coraz bardziej złożone i skomplikowane formy. Problem ten wymaga dalszych bardziej wnikliwych badań. Mahoney i Tarakeshwar (2005) podkreślają, że w badaniach z tego zakresu napotyka się wiele trudności, wynikających z częstego zastosowania uproszczonych modeli religijności (jedno-, dwuwymiarowych, uwzględniających jedynie frekwencję uczęszczania do kościoła czy skalę oceny ważności religii w życiu badanych). Zwraca się uwagę na naglącą potrzebę skonstruowania teorii, która w sposób kompleksowy będzie ujmowała związki między religijnością a procesami rodzinnymi. W literaturze przedmiotu pojawiają się propozycje konstruktów teoretycznych, które w zamyśle autorów mogłyby służyć badaniom międzyreligijnym czy międzykulturowym religijności w systemie rodzinnym. Do takich propozycji należy koncepcja Pargamenta i Mahoney (Mahoney, Tarakeshwar, 2005), którzy skoncentrowali się na religijnym/duchowym zjawisku „uświęcenia” (*sanctification*), opisującym adaptację rodziny do normatywnych zdarzeń życiowych, przez: (1)

postrzeganie swojego życia przez pryzmat „uświęcający”, otwierający jednostkę na świat duchowy, chroniący obszary uznane za „uświęcone”, (2) działanie przez „uświęcanie” pewnych aspektów życia, np. rodzicielstwa, (3) wyzwolenie duchowych, „uświęcających” emocji, np. okres ciąży może być odbierany nie tylko jako psychologiczny i społeczny punkt zwrotny, lecz także jako „znak transcendencji”, w którym matka, ojciec i dziecko stanowią część głębszego znaczenia rzeczywistości (bycia w uniwersum), (4) powiązanie aspektów „uświęcających” z psychologicznymi i duchowymi korzyściami, np. z większą satysfakcją z danego obszaru życia.

Jednakże większość teoretyków i badaczy zwraca uwagę przede wszystkim na potrzebę badania osobistego religijnego funkcjonowania każdego z członków rodziny, ujmowania dynamiki interakcji rodzinnych, eksplorowania funkcjonowania systemu rodzinnego jako całości, a także na poszukiwanie związków religijności z relacjami społecznymi i życiem codziennym w badaniach longitudinalnych. Inny kierunek badań to poszukiwanie funkcji pozytywnych (integrujących, chroniących) oraz negatywnych (dezintegrujących) religijności w rodzinie. Kolejnym kierunkiem poszukiwań jest próba ujęcia zróżnicowania funkcji religijności w kontekście różnych wspólnot religijnych, grup etnicznych i systemów rodzinnych.

Przypisy

[1] Niewykraczających poza art. 19 Konwencji o prawach dziecka (Dz.U., 1991).

[2] **Eschatologia** to część doktryny religijnej (także teoria filozoficzna) traktująca o przeznaczeniu i celu ostatecznym świata, o losach pośmiertnych człowieka (*Słownik języka polskiego*, 1983, t. 1, s. 554).

Rozdział 10

Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie

Hanna Liberska

10.1. Rozwój rodziny
10.2. Rozwój w rodzinie
10.3. Wyznaczniki rozwoju w systemie rodziny
    10.3.1. Miejsce rodzinny wśród innych systemów
    10.3.2. Wymiary zmian w systemach społeczno-kulturowych
10.4. Zmiany w strukturze systemu rodziny
10.5. Rodzina jako kontekst rozwoju indywidualnego

Współcześnie rodzina jest ujmowana zgodnie z podejściem systemowym, które uznawane jest za najbardziej trafne z punktu widzenia jej struktury i zasad funkcjonowania. Takie podejście umożliwia pełniejsze, bardziej dynamiczne wyjaśnienie jej roli w rozwoju psychiki i zachowania jej członków – zarówno w rodzinie, jak i poza nią. Najważniejsze w tym podejściu jest skoncentrowanie się na relacjach interpersonalnych i międzysystemowych. Daje to szansę na prześledzenie genezy i przebiegu zmian rozwojowych członków systemu rodziny przez analizę ich wzajemnych oddziaływań. Jednakże nie jest to zadanie łatwe, choćby ze względu na osadzenie tego systemu w szerszych systemach społecznych i w wymiarze historycznym.

Rodzina ma funkcje wspierające i stymulujące rozwój indywidualny osób ją tworzących. Zawiera ukryty w relacjach mechanizm sprzężeń, który reguluje funkcjonowanie jej członków i warunkuje rozwój całego systemu. Stanowi to o wartości i potencjale terapeutycznym rodziny, po który coraz częściej sięgają terapeuci, i to nie tylko reprezentujący nurt terapii systemowej (por. Barbaro de, 1994; Grzesiuk, 1995; Grzesiuk, Tryjarska, 1995; Ludewig, 1995; patrz też rozdz. 1, cz. I). W przypadku nieporozumień, konfliktów w rodzinie poznanie charakteru relacji wewnątrzrodzinnych i skoncentrowanie oddziaływań terapeutycznych na zaburzonych relacjach daje szansę „uzdrowienia” rodziny przez uaktywnienie potencjału rozwojowego („naprawczego”) w nich zawartego. Jest on ważnym zasobem rodziny.

Zgodnie z podejściem systemowym do rodziny, jej członkowie tworzą **podsystemy**, przy czym każdy z członków rodziny – w zależności od jej struktury – może należeć jednocześnie do kilku podsystemów, np. mężczyzna do podsystemu „mąż–żona” i podsystemu „ojciec–dziecko/dzieci”. Procesy przebiegające w każdym z podsystemów oddziałują na pozostałe podsystemy rodziny, a jednocześnie pozostają pod wpływem procesów zachodzących w systemie przez nie tworzonym. Stanowi to o dynamice całego systemu, a zarazem określa jego spójność i integralność, a także siłę i trwałość.

W literaturze przedmiotu wiele uwagi poświęca się wieloaspektowym analizom środowiska rodziny, a przede wszystkim relacjom rodzinnym i rolom społecznym pełnionym w rodzinie (van Geert, 1990; Plopa, 2007a; Rostowska, 2009a). Wskazuje się, że rodzina: po pierwsze – zmienia się

czasie, po drugie – oddziałuje na rozwój jednostek ją konstytuujących i, po trzecie – rozwój indywidualny członków rodziny przyczynia się do zmian funkcjonowania całej rodziny (Tyszkowa, 1990; Harwas-Napierała, 2003c; Liberska, red., 2011a).

Przyjmuje się założenie o występowaniu wzajemnych dynamicznych zależności między rozwojem indywidualnym osób tworzących rodzinę oraz między tym rozwojem a zmianami rozwojowymi całej rodziny. Idea współzależności rozwoju indywidualnego i rozwoju systemu rodziny jest coraz powszechniej akceptowana w środowisku psychologów, pedagogów oraz socjologów, a także ich klientów (por. Tyszka, 2003). Ma ona daleko idące konsekwencje dla badań nad rodziną i rozwojem w rodzinie oraz dla terapii rodziny. Wiedza na temat udziału rodziców w rozwoju ich dziecka, a przede wszystkim w jego wychowaniu, jest rozległa i dobrze udokumentowana (Ziemska, 1986; Zeanah, 2000; Gurba, 2013; Kielar-Turska, 2000). Jednakże dostrzegalny jest niedostatek badań nad rozwojowym współoddziaływaniem pokoleń w rodzinie, w tym nad relacjami rodzice–dzieci, dziadkowie–rodzice oraz dziadkowie–wnukowie, jak też nad relacjami między rodzicami i nad znaczeniem tych relacji dla, po pierwsze, rozwoju indywidualnego ich uczestników i, po drugie, przekształceń podsystemów tworzonych przez uczestników wymienionych relacji i całego systemu (por. Tyszkowa, 1990a; Liberska, Matuszewska, 2006; Drew, Silverstein, 2007; Bakiera, 2008; Farnicka, 2009, 2011; Trempała, 2014). Wreszcie, wyraźnie brakuje badań nad relacjami między członkami systemu rodziny (czyli jej podsystemami) a systemami zewnętrznymi względem rodziny, a w szczególności nad ich znaczeniem zarówno dla rozwoju indywidualnego, jak i dla zmian rozwojowych systemu rodziny i systemów zewnętrznych (por. Klein, White, 1996; Wojciechowska, 2011). Pozytywnym wyjątkiem jest obszar związków między rodziną a pracą, którego eksploracja jest wartościowym źródłem wiedzy na temat znaczenia tych związków nie tylko dla rozwoju indywidualnego, ale także dla zmian systemu rodziny por. (Rostowska, Rostowski, 2002; Lachowska, 2008; Rostowska, 2009a).

Pozostaje jeszcze jeden wymiar zmian rozwojowych w systemie rodziny, na temat którego wiedza psychologiczna jest ciągle niewystarczająca, a mianowicie wymiar temporalny związany z przesuwaniem się jednostek wzdłuż linii życia, z przechodzeniem z jednego okresu rozwojowego do

następnego i z przebudową struktury aktywności (rezygnacja z niektórych jej form, wchodzenie w nowe role, podejmowanie nowych zadań) z jednoczesnym uwzględnieniem przekształceń zewnętrznych systemów. Jednakże prace empiryczne nad poznaniem zmian rozwojowych współzależnych systemów – z uwzględnieniem ich zmian o charakterze historycznym – są ciągle jedynie postulatem, a to ze względu na aktualne zaawansowania metodologii badań psychologicznych (por. Fenstermaker, 1996; Feeney, 2006). Familiolodzy, mimo zasygnalizowanych obiektywnych trudności, nie rezygnują z badań nad zmianami rozwojowymi w systemie rodziny i starają się uchwycić ich złożoność i dynamikę (Plopa, 2007a).

10.1. Rozwój rodziny

Celem tego rozdziału jest zwrócenie uwagi Czytelnika na złożoność rozwoju człowieka – w ciągu życia – w systemie rodziny. Zgodnie z tezą Tyszkowej (1990), pionierską na gruncie polskiej psychologii, „rozwój jednostki w rodzinie obejmuje nie tylko dzieci i młodzież, ale również osoby dorosłe – rodziców, a nawet dziadków” (Tyszkowa, 1990b, s. 239). Zmienną pośredniczącą w przebiegu zmian rozwojowych członków systemu rodziny jest doświadczenie indywidualne, gromadzone w toku aktywności przejawianej podczas interakcji łączących członków rodziny oraz podczas realizowanej przez nich aktywności przedmiotowej. Toteż uwaga psychologów skupia się przede wszystkim na aspektach psychologicznego funkcjonowania rodziny, która jest podstawowym źródłem różnorodnych doświadczeń indywidualnych w toku całego życia.

Z punktu widzenia jednostkowego procesy przebiegające zarówno w podsystemach, jak i między nimi, mają znaczenie dla regulacji zachowania podmiotu i jego zmian w czasie. Należy podkreślić, że relacje między członkami rodziny zależą nie tylko od etapu ich rozwoju indywidualnego, lecz także od fazy życia rodziny (Liberska, Matuszewska, 2001a). Podstaw rozwoju rodziny upatruje się w zmianie dotychczasowych wzorów interakcji i w wytwarzaniu nowych (por. Hinde, Stevenson-Hinde, 1988). Ten proces zmian jest warunkiem koniecznym adaptacji systemu

rodzinnego do przeobrażeń systemów zewnętrznych (Barbaro de, 1997). Niektóre z nich wiążą się z wydarzeniami o charakterze normatywnym, a niektóre – z wydarzeniami o charakterze nienormatywnym. Rodzina, niezależnie od charakteru wydarzenia, aby móc poradzić sobie z nim – musi się zmienić. Proces takich zmian jest trudny, lecz stopień trudności jest szczególnie duży w przypadku wydarzeń nienormatywnych negatywnych. (Nie wszystkie wydarzenia nienormatywne są „złe" – np. narodziny dziecka rodziców w wieku przekraczającym wiek „normatywny" dla takiego wydarzenia – a wiele wydarzeń normatywnych ma konotacje ujemne, jak np. śmierć rodzica w starszym wieku.) Są także zdarzenia w życiu rodziny, które mają zarazem charakter zarówno normatywny, jak i nienormatywny. Przykładem takiego wydarzenia mogą być narodziny dziecka niepełnosprawnego (Stelter, 2013; Liberska, red., 2011b; patrz też rozdz. 3, cz. III). W konsekwencji różnych wydarzeń zmienia się struktura i funkcjonowanie rodziny. Proces dostosowywania się do tych zmian nierzadko jest długotrwały, a jego efekty nie zawsze są pozytywne pod względem jakości funkcjonowania rodziny (np. nieporozumienia małżeńskie) i jej członków (np. utrata poczucia wzajemnego wspierania się przez małżonków) czy także ze względu na jej strukturę (np. rozwód małżonków).

Warunkiem adaptacji systemu rodziny do nowych warunków jest osiągnięcie nowego, wyższego poziomu zrównoważenia, który zamyka pewien cykl zmian w życiu rodziny. Zajście wydarzenia normatywnego lub nienormatywnego wybija system rodziny ze stanu równowagi (**faza destabilizacji**). Utrata równowagi w systemie jest powodem wystąpienia emocji negatywnych, które utrudniają poradzenie sobie ze wydarzeniem (**faza kryzysu**). Uruchomienie mechanizmu poznawczej kontroli emocji lub mechanizmów obronnych umożliwia poradzenie sobie z dotychczasowymi trudnościami: system uzyskuje szansę ograniczenia destrukcyjnego oddziaływania emocji negatywnych. W pierwszym przypadku (uruchomienie mechanizmu poznawczej kontroli emocji) faktycznie obniża się poziom emocji negatywnych w wyniku ich poznawczego opracowania, co jest warunkiem koniecznym efektywnego poradzenia sobie z nimi, a w drugim (uruchomienie mechanizmów obronnych) – jest to radzenie sobie pozorne: problemy nie znikają, a jedynie zniekształcona zostaje ich ocena i w systemie nadal przeważają zaburzone relacje; z tego powodu tę

trzecią fazę można określić, jako **fazę przystosowania pozornego**. Wskaźnikiem czwartej, ostatniej fazy cyklu zmian w systemie rodziny, zwanej **fazą adaptacji**, jest zajście zmian jakościowych relacji: pod względem znaku i siły emocji oraz treści komunikatów. Umożliwiają one efektywne radzenie sobie z nowymi okolicznościami życiowymi, będącymi konsekwencją danego zdarzenia (normatywnego lub nienormatywnego), co jest oznaką odzyskania przez system równowagi lub osiągnięcia wyższego jej poziomu. W tym ostatnim przypadku system jest gotowy do radzenia sobie z kolejnymi wyzwaniami. Przedstawiony cykl zmian w systemie rodziny jest dobrze poznany w odniesieniu do wydarzeń nienormatywnych o konotacjach negatywnych, takich jak np. choroba czy śmierć jednego z członków rodziny lub utrata pracy (Twardowski, 1995; Liberska, Matuszewska, 2001a, 2012).

Cykl życia rodziny bywa też przedstawiany jako sekwencja faz: od utworzenia rodziny przez dwie osoby (kobietę i mężczyznę), aż do śmierci co najmniej jednej z nich lub do rozpadu rodziny (w wyniku rozstania, rozwodu). Układ faz czy etapów w życiu rodziny jest zbliżony w różnych kulturach, w różnych epokach. Jest on wyznaczony przez ważne wydarzenia, dominujące role i zadania rozwojowe, takie jak podjęcie decyzji o „byciu razem” (np. narzeczeństwo), założenie rodziny (ślub), narodziny pierwszego dziecka (i kolejnych dzieci), opieka nad małym dzieckiem, wychowywanie dziecka w wieku szkolnym i dziecka dorastającego, odejście dziecka/dzieci z domu, przejście małżonków na emeryturę, wreszcie śmierć jednego z nich (w późnym wieku z przyczyn naturalnych). Podobieństwo zdarzeń stanowiących rdzeń bądź główną osnowę rozwoju rodzin w różnych kulturach nie wyklucza ich zróżnicowania pod względem terminowości występowania i sekwencyjności (por. Wojciechowska, 2011; patrz też rozdz. 7, cz. II).

Jedną z pierwszych propozycji dotyczących cyklu życia rodziny przedstawiła Duvall (1957), która wyróżniła osiem faz w rozwoju rodziny. Granice tych faz zostały ustalone na podstawie struktury rodziny, wieku dzieci i aktywności zawodowej małżonków (patrz rozdz. 9, cz. I). Podobną strukturę cyklu rozwoju rodziny, rozpoznaną na podstawie zmian w różnych płaszczyznach wspólnego życia małżonków, w szczególności w związku z rolą rodzicielską, przedstawiają Olson, Russell i Sprenkle (1983), a w psychologii rodzimej Ziemska (1999). W obu konstrukcjach cyklu

rozwoju rodziny można odnaleźć sześć następujących po sobie faz (tab. 10.1).

TABELA 10.1

Fazy w cyklu rozwoju rodziny

Faza w cyklu rozwoju rodziny	Nazwa	Ramy czasowe
I	Małżeńska pierwotna	Od momentu zawarcia małżeństwa do narodzin pierwszego dziecka
II	Rodzicielska z małym dzieckiem	Od przyjścia dziecka na świat aż do jego pójścia do szkoły
III	Rodzicielska z dzieckiem w wieku szkolnym	Od pójścia najstarszego dziecka do szkoły aż do jego wejścia w okres dorastania
IV	Rodzicielska z dorastającym dzieckiem	Trwa tak długo, jak długo w rodzinie jest dorastające dziecko
V	Rodzicielska z jednym usamodzielnionym dzieckiem	Obejmuje okres w życiu rodziny, w którym jedno z dzieci już się usamodzielniło i odeszło z domu rodzinnego, ale pozostałe dzieci są jeszcze pod opieką rodziców
VI	Małżeńska wtórna	Okres w życiu pary małżonków po usamodzielnieniu się i odejściu z domu wszystkich dzieci

Źródło: opracowanie własne na podstawie Olson, Russell, Sprenkle (1983) i Ziemska (1999).

Należy podkreślić, że większość granic między fazami cyklu ma charakter płynny, nieostry.

Analizując rozwój rodziny, Tyszka (1974, 2002) zwraca uwagę na zmiany w formie i strukturze systemu: jego sformalizowanie, powiększanie się i „kurczenie". Ze względu na przyjęte kryteria, wyróżnia on pięć stadiów rozwojowych w cyklu życia rodziny: narzeczeństwo, młode małżeństwo, rodzina z dzieckiem/dziećmi, rodzina z odchodzącymi z niej usamodzielniającymi się dziećmi i małżeństwo odłączone od dzieci.

Z kolei Vodáčková (2007, za: Potměšil, Pospíšil, 2013) wyodrębnia osiem stadiów rozwoju rodziny: (1) para małżeńska bez dzieci (stadium

rozpoczyna się od wzajemnego skupienia na więzi małżeńskiej, a kończy się przygotowaniami do rodzicielstwa), (2) rodzina z dziećmi (początek wyznaczony jest przez moment narodzin pierwszego dziecka), (3) rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym (trwa od momentu przejścia dziecka do systemu opieki instytucjonalnej), (4) rodzina z dziećmi w wieku szkolnym (w tym stadium wpływ rodziny zostaje w pewnym stopniu ograniczony przez oddziaływania szkoły), (5) rodzina z dorastającymi dziećmi – jest to stadium pełne zawirowań, turbulencji, czas szczególnie trudny dla rodziny ze względu na burzliwe dojrzewanie biologiczne i procesy tożsamościowe dzieci, (6) rodzina wypuszczająca młodych dorosłych w świat – nacechowana syndromem „pustego gniazda"; jest to czas dużych obciążeń dla rodziny, wymagający ustalenia nowej równowagi, ukształtowania nowych relacji w systemie rodziny, (7) rodzice w średnim wieku – jest to czas adaptacji małżonków do zmienionej struktury rodziny i akceptacji statusu „pustego gniazda", (8) rodzina starzejąca się – jest to stadium przepełnione niepewnością co do przyszłości, co do położenia ekonomicznego i zdrowia, a inicjuje je przejście na emeryturę; szczególnie trudny okres w życiu rodziny ze względu na skumulowanie wielu czynników potencjalnie zagrażających odporności rodziny na stres. Spójność rodziny i ciepły klimat pozostają pod presją związaną z: procesami rozwojowymi dzieci, kryzysami doświadczanymi przez rodziców w związku z własnym rozwojem indywidualnym, ze stanem zdrowia, kryzysami małżeńskimi i późnymi małżeństwami dzieci. Wymienione czynniki wymuszają na rodzinie poszukiwanie nowych sposobów radzenia sobie z sytuacjami krytycznymi. Ich znalezienie jest warunkiem koniecznym dalszego rozwoju rodziny. Jest to propozycja stadiów rozwojowych rodziny użyteczna z perspektywy interwencji kryzysowej.

Przedstawione propozycje koncentrują się na przemianach ról rodzinnych, a przede wszystkim ról rodzicielskich, i ujmują rozwój rodziny przez pryzmat rozwoju ontogenetycznego (por. O'Rand, Krecker, 1990; Wojciechowska, 2011).

W strukturze cyklu życia i rozwoju rodziny podstawową rolę przypisuje się wydarzeniom, wyzwaniom bądź zadaniom angażującym wszystkich członków rodziny (por. Aldous, 1990; Elder, 1977, 2001; Elder, Shanahan, 2006; Turner, Helms, 1999). Natomiast w koncepcji rozwoju kariery

rodziny zwraca się szczególną uwagę na kariery indywidualne poszczególnych członków rodziny, realizowane w środowiskach pozarodzinnych (kariery zawodowej, politycznej, szkolnej itd.), i na ich znaczenie dla rozwoju rodziny (np. w sferze małżeńskiej, rodzicielskiej czy bytowej) (Aldous, 1990). Położenie akcentu na rozwój jednostek poza rodziną stało się podstawą krytyki koncepcji karier w psychologii rodziny (por. O'Rand, Krecker, 1990; Wojciechowska, 2011).

Należy zwrócić uwagę, że członkowie rodziny mają odmienne potrzeby rozwojowe, gdyż znajdują się w różnych okresach rozwojowych – a dzięki temu są w stanie wzajemnie zaspokajać swoje potrzeby w toku wzajemnych interakcji. Ta współzależność rozwoju członków rodziny wyznacza zarazem rozwój rodziny jako całości. Ujmowanie zmiany rodziny w kategoriach rozwoju rodziny lub cyklu życia rodziny wymaga, jak już wcześniej wspomniałam, uwzględnienia aspektu temporalnego, gdyż role rodzinne i wyzwania, z którymi mierzy się rodzina, zmieniają się zarówno w czasie historycznym (por. Yorburg, 1993; Mabry, Giarrusso, Bengtson, 2007), jak i w czasie rozwoju indywidualnego poszczególnych członków rodziny.

Rozwój rodziny można także rozpatrywać ze względu na wymiary jej funkcjonowania. W modelu rodziny proponowanym przez Olsona i współpracowników szczególnie istotne są trzy wymiary: spójność, elastyczność i komunikacja (syntetyczne omówienie tego modelu patrz rozdz. 5, cz. I). Wypracowanie przez rodzinę przeciętnych wartości na dwóch pierwszych wymiarach jest wskaźnikiem prawidłowego rozwoju systemu. Z kolei model zdrowej rodziny umożliwia przedstawienie zmian rozwojowych funkcjonowania rodziny na sześciu wymiarach (Liberska, 2011a; Liberska, Matuszewska, 2012; patrz też rozdz. 5, cz. I tego opracowania). W literaturze specjalistycznej można znaleźć jeszcze inne propozycje ujmujące rozwój rodziny przez analizę zmian natężenia rozpoznanych wymiarów jej funkcjonowania wyróżnianych przez różnych badaczy (por. Praszkier, 1992; Harwas-Napierała, 2011).

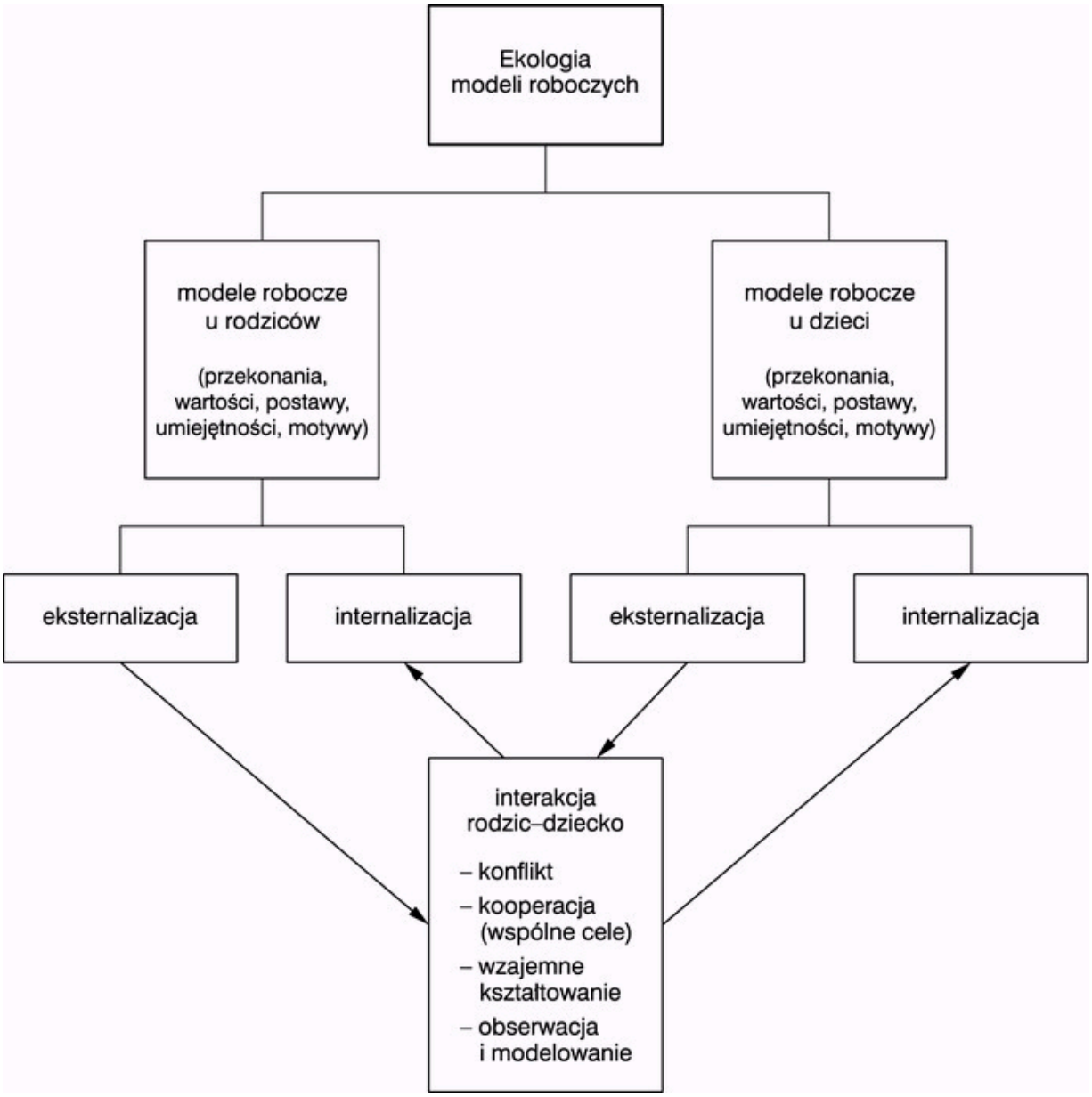
Rozwój rodziny można także ukazać przez zmiany jakości komunikacji interpersonalnej. Zmiany jakościowe komunikacji związane są z przechodzeniem rodziny na wyższe poziomy funkcjonowania, dzięki czemu w rozwoju indywidualnym członków rodziny możliwe jest przemieszczanie się od etapu zależności, przez etap niezależności, do etapu współzależności (Liberska, Matuszewska, 2006; Frydrychowicz, 2007).

Należy jednak podkreślić uwarunkowania kulturowe takich zmian (por. Kağitçibaşi, 1996). Jest to kolejne potwierdzenie współzależności rozwoju: jednostek, rodziny i nadrzędnych systemów społecznych (kultury).

10.2. Rozwój w rodzinie

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci sposób pojmowania roli rodziny ewoluował (Tyszka, 2002): od podstawowego środowiska rozwojowo-wychowawczego dzieci i młodzieży, do środowiska, w którym zachodzi rozwój każdego członka rodziny, zarówno dziecka, jak i dorosłego (niezależnie od jego wieku).

We współczesnej literaturze psychologicznej funkcjonuje model bilateralny oddziaływań w rodzinie (Kuczynski, Marshall, Schell, 1997; Nowak, 2005; Harwas-Napierała, 2009), który przedkłada znaczenie dwukierunkowych interakcji rodzic–dziecko w procesie internalizacji nad oddziaływania jednokierunkowe biegnące od rodzica do dziecka (ryc. 10.1). Dwukierunkowe oddziaływania są koniecznym warunkiem uwewnętrzniania i uzewnętrzniania wartości, norm, celów, postaw, sposobów funkcjonowania w rolach rodzinnych, radzenia sobie z trudnościami, i innych właściwości i umiejętności oraz ich zmian w czasie[1]. Analiza funkcjonowania rodziny zgodna z modelem bilateralnym jest jedną z propozycji przydatnych do wyjaśniania zmian rozwojowych jednostek w rodzinie.



RYCINA 10.1

Internalizacja w modelu bilateralnym interakcji w rodzinie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kuczynski, Marshall i Schell (1997, s. 29).

Podkreślmy po raz kolejny, że współcześnie ujmuje się rodzinę jako środowisko rozwojowe wszystkich członków rodziny: tak dzieci, jak i dorosłych (rodziców, dziadków itd.), w którym występuje wzajemność oddziaływań starszych i młodszych uczestników życia rodzinnego. Jednakże funkcjonowanie rodziny, jej rola w kształtowaniu zachowania

i osobowości jednostek oraz ich zmiany powiązane są z przekształceniami zachodzącymi na wyższych płaszczyznach socjalizacji (Klein, White, 1996; Tyszka, 2003). Rolę rodziny w rozwoju wszystkich jej członków należy zatem rozpatrywać w kontekście współczesnych przemian cywilizacyjnych, które rzutują nie tylko na przebieg rozwoju indywidualnego, ale także na przekształcenia cyklu życia rodziny. Stanowi to duże utrudnienie dla badaczy poszukujących prawidłowości zmian rozwojowych w rodzinie i zmian całej rodziny.

Intensywne przemiany społeczno-ekonomiczne wymagają coraz większego zaangażowania małżonków w aktywność zawodową, co w istotny sposób przyczynia się do zmian funkcjonowania rodziny. Jedna ze zmian przejawiać się może w ograniczeniu udziału rodziców w życiu ich dzieci, co pociąga za sobą konieczność przekształceń sposobów pełnienia ról rodzicielskich – matczynych i ojcowskich – oraz roli dziecka, jak też przebudowy systemu wartości i norm rodzinnych. Dynamika zmian w świecie wartości i norm współżycia społecznego przyczynia się do rozmycia, zacierania bądź osłabiania tradycyjnych wzorów pełnienia ról rodzinnych, co może być przyczyną wielu różnych trudności w codziennym życiu rodziny, ograniczenia jej funkcji socjalizacyjnej, wspierającej realizację potencjału rozwojowego jej członków (Liberska, red., 2011b). Jednakże w tym momencie nie można stwierdzić, że efektem owych przemian czy też „zawirowań" jest zmniejszenie zdolności adaptacji jednostek do przyszłego kontekstu rozwojowego. Brak klarownych przepisów pełnienia roli dziecka i ról rodzicielskich jest też charakterystyczny dla „rodzin splątanych" – w tym przypadku skutkuje niewydolnością funkcjonalną rodziny i może przyczyniać się do zaburzeń rozwoju indywidualnego jej członków: dorosłych i dzieci.

Na obecnym etapie wiedzy psychologicznej nie można odrzucić przypuszczenia, że za trudności w pełnieniu ról rodzinnych odpowiada w znacznym stopniu ograniczenie procesu równoważenia struktur psychiki i systemów zewnętrznych, który nie nadąża za przekształceniami tych ostatnich. Interesującego prawdopodobnego wyjaśnienia obserwowanych trudności dostarcza teoria dysonansu poznawczego. Zgodnie z tezami Festingera (2007), dostrzeżenie niezgodności między komponentami postaw prowadzi do odczucia dyskomfortu psychicznego, który zmusza jednostkę do jego usunięcia. Jednakże w przypadku postaw o niewielkiej

sile lub uruchomienia obrony percepcyjnej jednostka nie postrzega wspomnianej niezgodności i nie odczuwa dyskomfortu. W przypadku słabości postaw rodzicielskich o małej sile rodzice mogą nie postrzegać ich niezgodności, która przyczynia się do niskiej efektywności ich aktywności rodzinnej, bądź też dochodzi do zablokowania informacji o własnej małej efektywności w pełnieniu ról rodzicielskich już na wejściu do struktur poznawczych. Jednakże takie wyjaśnienie nasuwa nowe pytania, na które nie można znaleźć jednoznacznej odpowiedzi. Jedno z nich dotyczy przyczyn słabości postaw rodzicielskich. Zakłócenia socjalizacji rodzinnej mogą być pochodną utrudnień we wzajemnych stosunkach systemu rodziny z systemami zewnętrznymi. Uzyskanie przewagi przez systemy zewnętrzne może blokować transmisję sposobów pełnienia ról małżeńskich i rodzicielskich w systemie rodziny wielopokoleniowej, a w konsekwencji nie zostają one opanowane w wystarczającym stopniu. Może to mieć nie tylko negatywne konsekwencje dla rozwoju jednostek w rodzinie, ale też może uruchomić zmiany dezorganizujące system rodziny, których ostatecznym efektem może być rozpad rodziny nuklearnej. W niektórych przypadkach może dojść do zablokowania powstania nowej rodziny w kolejnej generacji, co oznacza, że nie zostanie aktywowany cykl rozwoju nowej rodziny.

Niezależnie od jakości systemu rodziny jego znaczenie dla rozwoju indywidualnego tworzących go jednostek jest niepodważalne. W przypadku przewagi niekorzystnych układów wewnątrzrodzinnych zmiany rozwojowe mogą przebiegać w sposób zakłócony, co zagraża patologizacją rozwoju wszystkich członków systemu – niezależnie od ich wieku i fazy cyklu rozwoju rodziny.

10.3. Wyznaczniki rozwoju w systemie rodziny

Zgodnie z dominującym współcześnie systemowym podejściem do badań nad problematyką rodzinną uznaje się, że rodzina jest złożoną, zintegrowaną całością, charakteryzującą się zorganizowanymi wzorami interakcji, które przybierają raczej cyrkularną niż linearną formę (Minuchin, 1974, 1985). Stanowi to dobry punkt wyjścia do poznania szerokiej gamy

zdarzeń składających się na życie rodzinne, zarówno normatywnych, jak i nienormatywnych, prześledzenia indywidualnych zmian rozwojowych w kontekście rodziny oraz uchwycenia dynamiki relacji, a także przekształceń całego systemu.

W podejściu systemowym do rodziny, jak już sygnalizowałam na wstępie, akcentuje się sieć powiązań i interakcji między wszystkimi jej członkami, a tworzone przez nich diady (np. diada rodzeństwa), triady (np. matka–córka–ojciec), tetrady (np. mąż–żona–teść–teściowa) itd. stanowią podstawę do wyodrębnienia różnych jej **podsystemów**.

Wzajemne oddziaływania podsystemów mogą ujawniać różny stopień złożoności o dwoistej naturze, będącej pochodną dwóch czynników: liczby podsystemów i specyfiki ich powiązań dotyczącej czasu trwania i kierunku oddziaływań. Ze względu na pierwszy z wymienionych czynników wyróżnia się oddziaływania krótkotrwałe, czyli interakcje, i oddziaływania długotrwałe, czyli relacje, a ze względu na drugi z nich, tzn. kierunek oddziaływań, rozróżnia się oddziaływania jednokierunkowe lub wzajemne, czyli dwukierunkowe. Natomiast analizując system rodziny ze względu na uczestników oddziaływań, można wyróżnić **cztery podstawowe rodzaje interakcji i relacji**. Są to oddziaływania:

- między małżonkami;
- między rodzicem a dzieckiem;
- między rodzeństwem;
- w ramach podsystemów w szeroko pojętym systemie rodzinnym, jakim jest rodzina wielopokoleniowa albo rozszerzona.

Wyróżnione rodzaje oddziaływań, noszące znamiona interakcji lub relacji, mają różne właściwości określane przez ich **treść**, **jakość**, **częstość**, **wzajemność** oraz **intymność**. Relacje i interakcje występujące między uczestnikami życia rodzinnego uzależnione są od wielu czynników, w tym od wieku tych uczestników, a przede wszystkim od poziomu ich rozwoju indywidualnego, a ze względu na zasadniczą podstawę rodziny, jaką jest związek uczuciowy pary powołującej ją do życia, od stopnia ich nasycenia intymnością. Intymność/bliskość i częstość oddziaływań tworzą warunki korzystne do gromadzenia wspólnego doświadczenia, dzielenia się doświadczeniem członków rodziny przynależnych do różnych pokoleń, a nierzadko także do przejmowania ich doświadczeń.

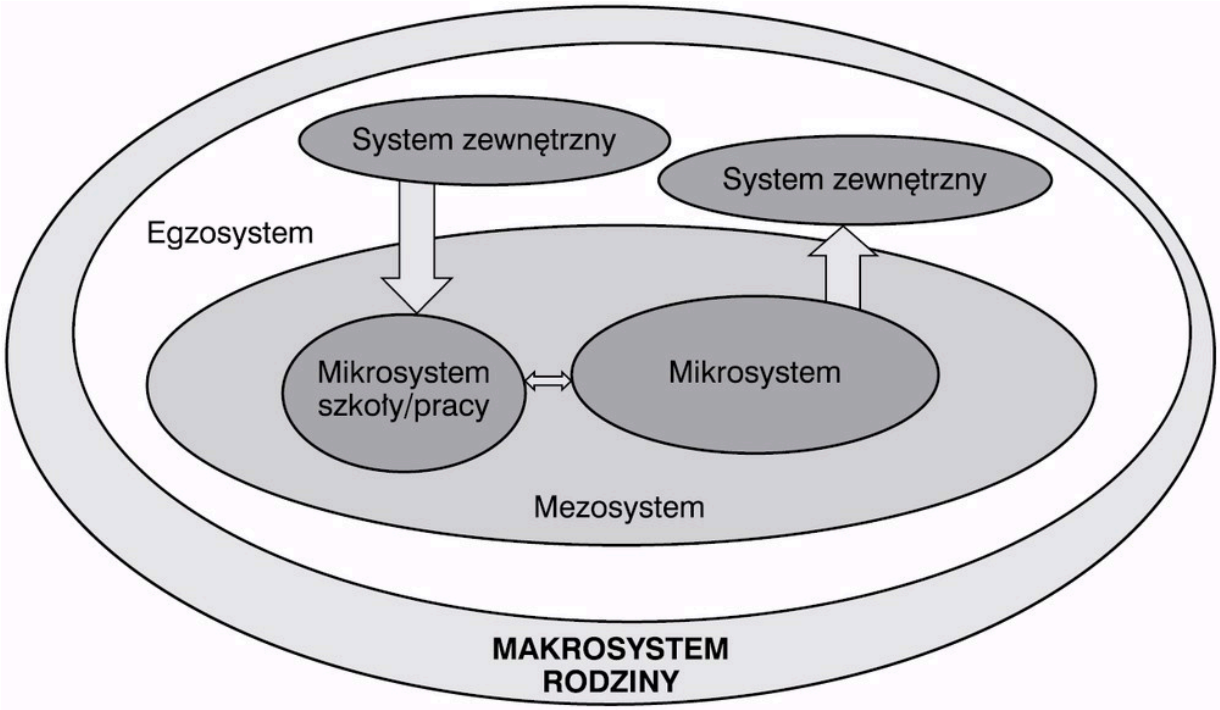
Wzajemne oddziaływania, które są integralną konieczną komponentą systemu rodziny, podlegają przekształceniom w miarę jej przesuwania się przez kolejne fazy w cyklu jej życia. Przekształcenia te mają charakter ilościowy bądź jakościowy i konotację temporalną. Zatem w ujęciu systemowym rodzina stanowi zbiór elementów pozostających w dynamicznej interakcji, przy czym każdy z elementów jest określany przez pozostałe. Toteż, zgodnie z **zasadą współzależności**, zmiana w jednym z podsystemów rodziny wpływa na pozostałe podsystemy (i na tworzoną przez nie całość) (Bertalanffy von, 1975; Ludewig, 1995; Plopa, 2011a).

Należy podkreślić, że rodzina funkcjonuje jako **system otwarty**, jej członkowie bowiem są jednocześnie członkami innych systemów. Toteż struktura i dynamika funkcjonowania systemu rodziny jest regulowana przez szersze społeczne systemy, do których należą: Kościół, społeczność sąsiedzka, lokalna i inne (Klein, White, 1996). Zmiany związane z relacjami lub interakcjami w systemach zewnętrznych względem rodziny są przenoszone na system rodziny, i odwrotnie: zmiana zachowania wynikająca z funkcjonowania jednostki w systemie rodziny znajduje swoje przełożenie na jej interakcje i relacje w innych systemach, których jest ona podsystemem lub elementem podsystemu. Może to stanowić podstawę do włączenia w terapię rodziny systemów wyższego rzędu.

10.3.1. Miejsce rodziny wśród innych systemów

W świetle poglądów Bronfenbrennera (1976, 1981) system rodziny należy zaliczyć do kategorii **mikrosystemów**, w których rozwija się człowiek. Pojęcie to odnosi się do wzorca aktywności, ról społecznych i relacji interpersonalnych, jakich jednostka doświadcza w danym środowisku. Mikrosystem rodziny – wchodząc we wzajemne stosunki z innymi mikrosystemami, takimi jak: szkoła, grupa rówieśnicza, zakład pracy, grupa towarzyska itp. – tworzy system szerszy zwany **mezosystemem**. Jednakże jednostka nie zawsze jest aktywnym uczestnikiem danego systemu i bywa, że pozostaje jedynie pod wpływem jego oddziaływań, bądź też system ten pozostaje pod wpływem wydarzeń z innego systemu, których jest ona aktywnym uczestnikiem. Takie środowiska składają się na **egzosystem**. Wymienione systemy funkcjonują jako podsystemy w obrębie systemu

o najbardziej rozległym charakterze zwanego **makrosystemem**, z którym mają treści wspólne i zgodne, faktycznie i potencjalnie. Wspomniana zgodność dotyczy całości kultury, łącznie z systemami wierzeń, przekonań i ideologii leżącymi u podstaw tej zgodności. Związki między wymienionymi systemami ilustruje rycina 10.2.



RYCINA 10.2

Powiązania między systemem rodziny a systemami społecznymi wyższego rzędu

Źródło: opracowanie własne.

10.3.2. Wymiary zmian w systemach społeczno-kulturowych

Wzajemne oddziaływania między systemami, których jednostka jest mniej lub bardziej aktywnym uczestnikiem przyczyniają się:

- do zmian jej zachowania i psychiki (wymiar jednostkowy);
- do transformacji obejmującej osobę i jej relacje ze środowiskiem (wymiar relacyjny);
- do zmian w systemie/systemach (wymiar systemowy).

W ten sposób powstają korzystne uwarunkowania do tworzenia się „nowych jakościowo układów, które mogą prowadzić do takich zmian rozwojowych jednostki, jakie nie dadzą się wyjaśnić wyłącznie przez oddziaływanie i kontrolę środowiska” ujmowanego w sposób systemowy (Tyszkowa, Przetacznik-Gierowska, 2009, s. 96).

Układ **jednostka–środowisko jej życia** (tu ograniczone do rodziny) tworzy warunki do zmian rozwojowych we wszystkich wcześniej wymienionych wymiarach. Zmiany rozwojowe w systemie psychiki jednostki (wymiar jednostkowy) ujawniają się w zmianach jej zachowania (wymiar relacyjny) we wszystkich systemach, których jest ona elementem/podsystemem, a w pierwszej kolejności w systemie rodziny, inicjując tym samym przekształcenia rozwojowe tego podstawowego kontekstu ekologicznego (wymiar systemowy)[2].

10.4. Zmiany w strukturze systemu rodziny

Niezależenie od fazy cyklu życia rodziny przekształcenia obejmują przede wszystkim strukturę i organizację interakcji i relacji wewnątrzsystemowych.

Zmiana w strukturze rodziny polega na zmianach ilościowych i jakościowych całego systemu. Zmiany ilościowe wynikają ze zmiany liczby podsystemów na skutek np. narodzin nowego członka rodziny. Ich konsekwencją są zmiany jakościowe, które przejawiają się redukcją lub zwiększeniem liczby interakcji oraz podejmowaniem nowych treściowo interakcji, nawiązaniem nowych relacji, wygaśnięciem lub wycofaniem się z niektórych wcześniejszych (np. z powodu rozwodu małżonków).

Złożoność i rozległość wpływu rodziny na zmiany rozwojowe jej członków wzrasta wraz z powiększaniem się rodziny, bo nie tylko zwiększa się wówczas liczba wzajemnych oddziaływań, ale też wzbogaceniu ulega ich treść, formy itd. (Rembowski, 1986a). Na przykład w rodzinie trzyosobowej wyróżnia się trzy oddziaływania wzajemne między podsystemami podstawowymi, a w rodzinie sześcioosobowej ich liczba zwiększa się już do piętnastu (tab. 10.2).

10.5. Rodzina jako kontekst rozwoju indywidualnego

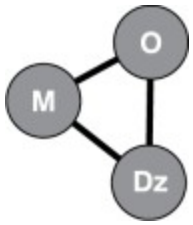
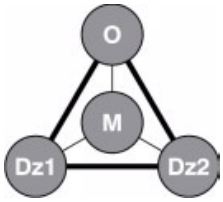
Zgodnie z perspektywą psychologii rozwoju w biegu życia (*life-span developmental psychology*) rodzina może być traktowana jako kontekst rozwoju wszystkich jej członków: nie tylko dzieci, ale i rodziców oraz innych dorosłych wchodzących w skład systemu rodziny (Baltes, Reese, Lippsitt, 1980; Baltes, Brim, 1985; Tyszkowa, 2009a).

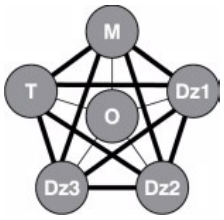
Aby zrozumieć znaczenie rodziny jako kontekstu zmian rozwojowych, należy zwrócić uwagę na podstawowe aspekty rozwoju indywidualnego człowieka: na rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny, a także biologiczny. W ciągu życia jednostek i w cyklu życia rodziny zachodzą istotne zmiany w wyróżnionych sferach rozwoju. Zgodnie z wcześniejszymi rozważaniami, zmiany w podsystemach systemu rodziny pociągają za sobą strukturalno-funkcjonalne przemiany całego systemu rodzinnego w obrębie diady małżeńskiej, relacji dziecko–dziecko czy też w relacjach między generacjami rodziny. Tym samym zmiana obejmuje cykl życia rodziny. W przypadku rodziny wielogeneracyjnej wzór zmian może być bardziej skomplikowany, nie tylko w odniesieniu do rozwoju indywidualnego członków rodziny reprezentujących poszczególne pokolenia, ale też w odniesieniu do całego rozbudowanego systemu (Wrzesień, 2003; Liberska, Matuszewska, 2006). Rodzaj interakcji i układ relacji oraz pozycji w rodzinie zależy od właściwości indywidualnych członków systemu i ich fazy rozwoju, ale też od fazy cyklu życia rodziny. Konsekwencją zmian rozwojowych członków rodziny są zmiany rozwojowe, co już podkreślałam, całej rodziny. Jednakże układ zależności jest bardziej złożony, gdyż związki rozwoju indywidualnego rodziców i rozwoju indywidualnego dziecka/dzieci zależą od tego, w jakiej fazie cyklu swojego życia rodzina znajduje się w danym momencie. Ponadto analiza rozwoju rodziny i osób ją tworzących wymaga uwzględnienia zarówno zdarzeń, ról i zadań normatywnych, jak i nienormatywnych w biegu życia jednostek i w cyklu życia rodziny, a także aspektów temporalnych zmian rozwojowych. Tyszkowa (2009a) podkreśla, że w badaniach nad rozwojem jednostki w kontekście rodziny należy analizować wpływ rodziny na rozwój indywidualny przez pryzmat: (1) ról

rodzinnych pełnionych przez jednostkę, (2) pozycji zajmowanej przez jednostkę w układzie rodzinnym, (3) czynności i działań wykonywanych przez jednostkę oraz kompetencji nabywanych przez nią w rodzinie i (4) interakcji oraz relacji, których jest inicjatorem i uczestnikiem.

TABELA 10.2

Liczba relacji w systemie rodziny a liczba członków systemu rodziny

Liczba członków (podsystemów) w systemie rodziny	**Osoby (podstawowe podsystemy w systemie rodziny)**	**Relacje między**	**Liczba relacji**	**Schemat oddziaływań**
3	Ojciec O Matka M Dziecko Dz	O–M O–Dz M–Dz	3	
4	Ojciec O Matka M Dziecko Dz1 Dziecko Dz2	O–M O–Dz1 O–Dz2 M–Dz1 M–Dz2 Dz1–Dz2	6	

6	Ojciec O Matka M Teściowa T Dziecko Dz1 Dziecko Dz2 Dziecko Dz3	O–M O–Dz1 O–Dz2 O–Dz3 O–T M–T M–Dz1 M–Dz2 M–Dz3 T–Dz1 T–Dz2 T–Dz3 Dz1–Dz2 Dz2–Dz3 Dz1–Dz3	15	

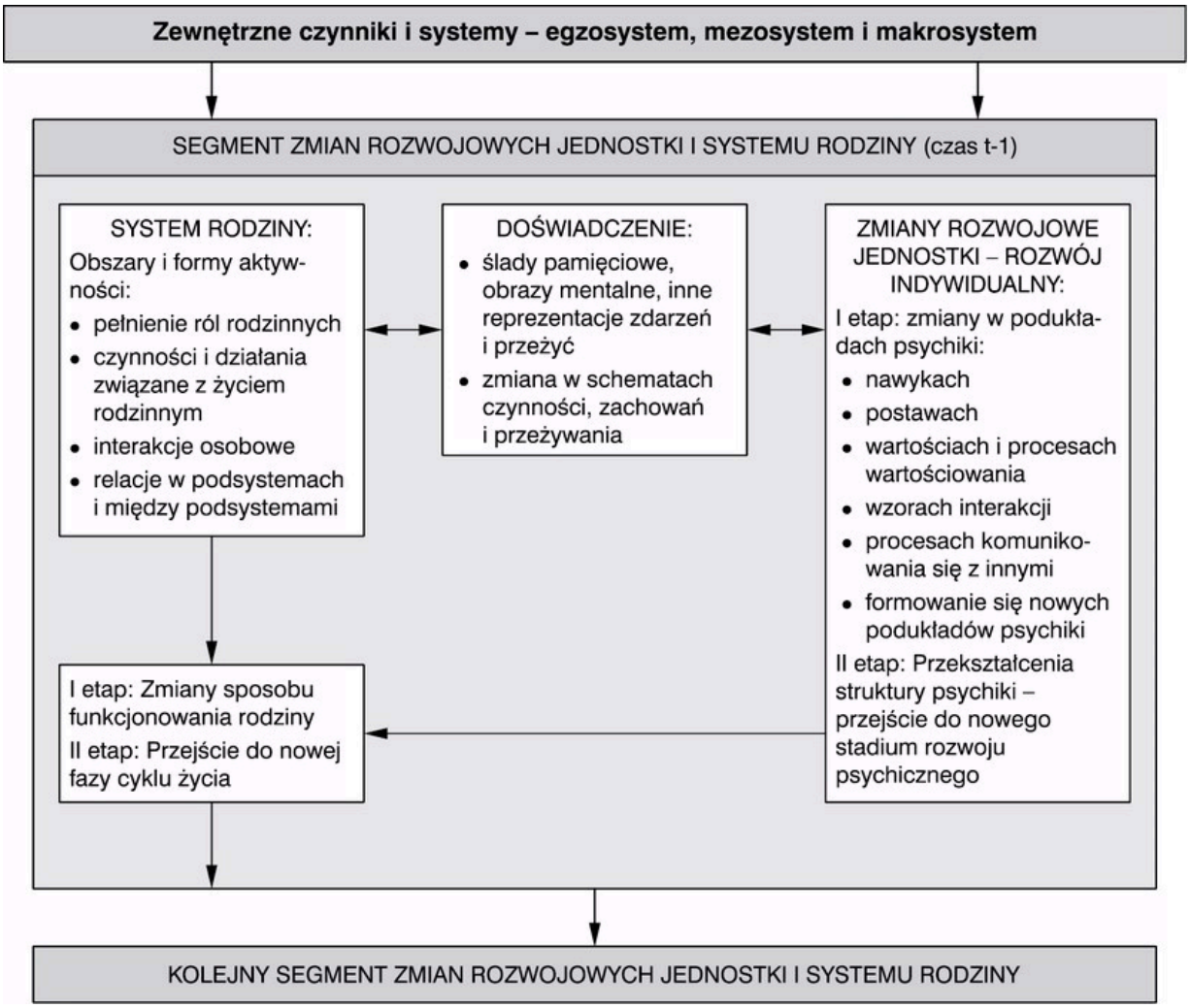
Źródło: opracowanie własne.

Analiza ról pełnionych przez poszczególnych uczestników życia rodzinnego wskazuje po pierwsze – na zmiany ról pełnionych przez jednostkę w biegu jej życia, a po drugie – na zmiany ról pełnionych przez daną jednostkę w cyklu życia rodziny. Każdy z członków rodziny, zależnie od fazy rozwoju indywidualnego, w jakiej się znajduje w danym momencie, oraz w zależności od właściwości indywidualnych (kompetencje, zdolności, stan zdrowia itd.), podejmuje i pełni określone role, a w związku z tym nawiązuje odmienne interakcje oraz relacje i zajmuje odmienną pozycję w układzie stosunków międzyosobowych w systemie rodziny. Z różnymi rolami rodzinnymi wiążą się charakterystyczne przepisy zachowania, oczekiwania, obowiązki i przywileje. Efektywne pełnienie roli wymaga sprostania jej wymaganiom, czyli posiadania odpowiedniego poziomu rozwoju określonych funkcji psychicznych i kondycji fizycznej, stanu zdrowia. Obowiązki związane z rolą i oczekiwania wysuwane wobec osoby ją odgrywającej zmieniają się w toku rozwoju indywidualnego wszystkich członków rodziny: zarówno pełniących rolę, jak i tych, których dotyczą zachowania osoby ją pełniącej (Plopa, 2010). Niedostatek umiejętności i kompetencji wymaganych przez przepisy roli lub brak motywacji do rzetelnego wywiązywania się z roli czy do uczenia się jej, mogą przyczynić się do pogorszenia jakości relacji rodzinnych, małej satysfakcji z nich i dlatego stanowią zagrożenie dla socjalizacji wszystkich członków. Na przykład, jeśli dziadkowie nie są w stanie pogodzić się z tym, iż kulturowo

określona rola dziadka/babci jest odmienna od roli ojca/matki, to w rodzinie wielopokoleniowej może dochodzić do nieporozumień na tym tle, a konsekwencje dotkną nie tylko dziadków i rodziców, ale też dziecko. Inny przykład: niemożność zaakceptowania przez rodziców nasilającej się potrzeby autonomii dorastającego syna czy córki nierzadko przyczynia się do pojawienia się napięć i nasilania konfliktów w relacjach między rodzicami a dziećmi, mimo że na wcześniejszym etapie rozwoju dziecka ich relacje były prawidłowe (Sęk, 1990; Gurba, 2013) .

Sposób pełnienia ról rodzinnych, interakcje i relacje w rodzinie wskazują na zaangażowanie członków rodziny i są źródłem wielu wspólnych, różnorodnych doświadczeń. Doświadczenia te, zgodnie z koncepcją strukturacji i restrukturacji, podlegają ewaluacji i przepracowaniu poznawczemu oraz emocjonalnemu w strukturach psychiki jednostki, tworząc materiał procesów rozwojowych.

Oryginalny model zależności między systemem rodziny, jego funkcjonowaniem a rozwojem indywidualnym jego uczestników zaproponowała Tyszkowa (1990a, 2009a) (ryc. 10.3).


Zewnętrzne czynniki i systemy – egzosystem, mezosystem i makrosystem
SEGMENT ZMIAN ROZWOJOWYCH JEDNOSTKI I SYSTEMU RODZINY (czas t-1)
SYSTEM RODZINY:
Obszary i formy aktywności:
• pełnienie ról rodzinnych
• czynności i działania związane z życiem rodzinnym
• interakcje osobowe
• relacje w podsystemach i między podsystemami
DOŚWIADCZENIE:
• ślady pamięciowe, obrazy mentalne, inne reprezentacje zdarzeń i przeżyć
• zmiana w schematach czynności, zachowań i przeżywania
ZMIANY ROZWOJOWE JEDNOSTKI – ROZWÓJ INDYWIDUALNY:
I etap: zmiany w podukładach psychiki:
• nawykach
• postawach
• wartościach i procesach wartościowania
• wzorach interakcji
• procesach komunikowania się z innymi
• formowanie się nowych podukładów psychiki
II etap: Przekształcenia struktury psychiki – przejście do nowego stadium rozwoju psychicznego
I etap: Zmiany sposobu funkcjonowania rodziny
II etap: Przejście do nowej fazy cyklu życia
KOLEJNY SEGMENT ZMIAN ROZWOJOWYCH JEDNOSTKI I SYSTEMU RODZINY

RYCINA 10.3

Model zmian rozwojowych jednostki i systemu rodziny

Źródło: opracowanie własne na podstawie Tyszkowa (2009a, s. 143).

W modelu zostały uwzględnione dwa duże bloki zmiennych: (1) rodzina, funkcjonująca jako kontekst rozwoju i (2) zmiany rozwojowe jednostki. Pierwszy blok obejmuje role rodzinne, interakcje i relacje w systemie rodziny związane z procesami wzajemnego komunikowania się. Drugi blok zmian rozwojowych konstytuują zmiany w podsystemach psychiki i przekształcenia jakościowe struktur psychiki jednostki – członka rodziny. Oba bloki zmiennych uwarunkowane są przez czynnik aktywności własnej oraz przez systemy nadrzędne, a mianowicie przez mezo-, egzo- i makrosystemy.

Wprowadzenie do modelu kategorii doświadczenia umożliwia traktowanie rodziny jako kontekstu rozwojowego, gdyż – zgodnie z wcześniejszymi rozważaniami – kontekst dotyczy indywidualnego rozumienia wydarzeń i sytuacji związanych z aktywnością rodzinną danej jednostki, a właśnie taki charakter zyskuje doświadczenie po przepracowaniu w strukturach umysłu podmiotu. Oddziaływanie systemu rodziny zostaje zatem upośrednione przez struktury doświadczenia jednostki – członka systemu.

W ramach omawianego modelu wpływ rodziny na zmiany rozwojowe jej członków zachodzi przez struktury doświadczenia zebranego w toku aktywności rodzinnej. Wcześniej ustrukturowane doświadczenie podlega restrukturacji w związku z napływem nowych doświadczeń, których materiał stanowi podstawę do ich przebudowy. W świetle podejścia konstruktywistycznego zmiana rozwojowa polega na przekształceniu struktury, przy czym szczególne znaczenie mają zmiany jakościowe struktur, które są uznawane za wskaźnik osiągnięcia przez podmiot nowego etapu rozwojowego. Przekształcenia czynności psychicznych, postaw, wartości i zachowań oraz struktur osobowości podmiotu są podstawą do zmiany jego funkcjonowania w systemie rodziny. Zatem zmiana indywidualna przenosi się na cały system, który w związku z tym też się zmienia.

Na podstawie analizy zmian rozwojowych uczestników życia rodzinnego, czyli podsystemów w systemie rodziny, nasuwa się refleksja o wzajemnym warunkowaniu się **synchronii** i **asynchronii** w ich rozwoju. W rozwijającym się systemie rodziny zostaje uruchomiony proces synchronizowania się (współbrzmienia) zmian rozwojowych jednych członków rodziny ze zmianami indywidualnymi innych jej członków, które z perspektywy każdego z nich z osobna mogą wydawać się asynchroniczne, a w istocie są dalece zsynchronizowane (por. Trempała, 2000; Liberska, 2011a).

Jednostka, co już wcześniej podkreślałam, traktowana jako układ systemowy, jest zanurzona w „matrycy zmiennych pochodzących z różnych poziomów organizacji” i jej rozwój może być ujmowany jako skutek dynamicznych złożonych relacji przebiegających w tej „wielowymiarowej matrycy zmiennych” (Lerner, 1998, s. 2). Zgodnie z tezą Pietrasińskiego (1990) rozwój jest ubocznym efektem codziennej aktywności, a życie

rodzinne jest ważnym jej obszarem (por. Liberska, 2011c). Czy upoważnia to do stwierdzenia, że „bycie w rodzinie” wymusza rozwój, albo że w system rodziny wpisany jest przymus rozwoju?

W zarysowany sposób system rodziny inicjuje nieustający ciąg procesów prowadzących do zmian rozwojowych osób tworzących rodzinę i do zmian samego systemu. Konkludując, rodzina stanowi środowisko szczególnie sprzyjające rozwojowi indywidualnemu w każdym etapie życia ludzkiego. Jednakże należy podkreślić, że uwarunkowania dróg rozwoju indywidualnego jednostek tworzących rodzinę są bardzo złożone i podlegają również zmianom w związku z ich relacjami z uczestnikami innych systemów społecznych oraz z ich współczesnymi przekształceniami, które mają znaczący wymiar kulturowy (Tyszka, 2003; Bauman, 2006; Giddens, 2008). Czy w związku z pojawianiem się coraz większej liczby czynników, których działanie może wytrącać system rodziny ze stanu równowagi, należy niepokoić się o przyszłość tej małej grupy stanowiącej podstawę struktury społeczeństwa? Ze względu na mechanizm równoważenia wydaje się, że są to obawy przedwczesne, dopiero bowiem wystąpienie czynników uniemożliwiających procesy równoważenia mogłoby zablokować zarówno rozwój rodziny, jak i rozwój indywidualny w rodzinie. Niemniej konieczne jest zintensyfikowanie badań nad przemianami struktury i funkcjonowania rodziny w związku z procesami rozwojowymi jednostek z uwzględnieniem przeobrażeń w kontekście społeczno-historycznym.

Przypisy

[1] Wspomniane wartości, przekonania bądź postawy rodzicielskie składają się na tzw. modele robocze rodziców/modele robocze oddziaływań rodziców (por. Kuczynski, Marshall, Schell, 1997) albo wewnętrzne modele robocze opieki (por. Rudy, Grusec, 2006).

[2] Zgodnie z założeniami ekopsychologii środowiskiem rozwoju jest każde zdarzenie, każda sytuacja, istniejące poza rzeczywistością psychiczną jednostki, które może mieć na nią wpływ (pośredni lub bezpośredni). Natomiast **kontekst rozwoju** tworzy zawartość psychiki jednostki związana ze zdarzeniami zewnętrznymi, w tym interpretacje i odczucia dotyczące interakcji jednostka–środowisko, które zachodzą w danym czasie

Część II

ZRÓŻNICOWANE FORMY ŻYCIA RODZINNEGO

Rozdział 1

Samotne rodzicielstwo

Sylwia Rydz

1.1. Specyfika roli kobiety – matka i samotna matka
1.2. Specyfika roli mężczyzny – ojciec i samotny ojciec
1.3. Funkcjonowanie rodziny niepełnej
1.4. Konsekwencje samotnego rodzicielstwa
1.5. Migracja zarobkowa jako przyczyna samotnego rodzicielstwa
1.6. Pomoc samotnym rodzicom

Współcześnie, gdy panuje coraz większe społeczne przyzwolenie na rozwody, a kobieta, która decyduje się na dziecko bez wiązania się z partnerem, nie budzi już zgorszenia, samotne rodzicielstwo staje coraz bardziej powszechne. Związane jest ono ze specyficznym funkcjonowaniem niepełnej rodziny, innymi rolami, szczególnymi problemami i konsekwencjami na przyszłość. W dobie społeczeństw ponowoczesnych panuje przekonanie, że rodzina współczesna może być rozumiana wielorako, a o jej założeniu nie decyduje zawarcie związku małżeńskiego czy urodzenie dziecka. Coraz bardziej akceptowane są sytuacje, w których ludzie funkcjonują w związkach nieformalnych, rodzicami stają się osoby prowadzące samotny tryb życia, małżonkowie decydują się na rozwód. Tematyka samotnego rodzicielstwa nabiera coraz większego znaczenia (Dudziak, 2012; Łukasiewicz, 2011; Ruszkiewicz, 2008).

Pojęcie samotnego rodzicielstwa wiąże się z problematyką rodzin niepełnych i rozbitych. Rodzina niepełna jest grupą wewnętrznie zróżnicowaną, tworzoną przez samotne matki bądź samotnych ojców wychowujących dzieci. Najczęściej ten typ rodziny stanowi układ matka–dziecko lub matka–dzieci. W rodzinie niepełnej trudniejszy jest proces socjalizacji dziecka, bo ma ono do czynienia z tylko jednym wzorcem osobowym. Innym typem rodziny związanym z samotnym rodzicielstwem jest rodzina rozbita – to rodzina niekompletna, w której brak jest jednego z rodziców na skutek zerwania więzi między małżonkami, co często prowadzi do rozwodu.

Wyróżnia się następujące przyczyny samotnego rodzicielstwa:

- rodziny osierocone na skutek śmierci jednego z rodziców;
- rodziny rozbite na skutek rozwodu, separacji bądź porzucenia rodziny przez jednego z rodziców;
- rodziny niezamężnych matek z dziećmi;
- rodziny niepełne czasowo, np. ze względu na charakter pracy rodzica (por. *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, 2006, s. 338).

W zależności od przyczyny niepełnej struktury rodziny, występują w niej inne role oraz pojawiają się inne problemy związane z jej funkcjonowaniem.

W przypadku śmierci jednego z rodziców, cały system funkcjonowania rodziny doświadcza nieodwracalnych zmian. Ujawnia się wówczas szerokie

spektrum problemów związanych z żałobą, umiejętnością poradzenia sobie ze śmiercią najbliższej osoby, adaptacją do nowych warunków. Często wiąże się to też z przedefiniowaniem na nowo ról pełnionych w rodzinie. Śmierć współmałżonka, szczególnie gdy był on jeszcze w sile wieku, jest bardzo przygnębiająca i niesie ze sobą zmianę jakości życia rodziny. Zwykle pogarsza się jej sytuacja finansowa, rodzina musi inaczej podzielić role, przejąć funkcje dorosłego, który odszedł. U osieroconego współmałżonka pojawia się samotność, poczucie pustki i opuszczenia. Może także wystąpić poczucie winy, wynikające ze wspomnień, z poczucia, że można było być lepszym, bardziej wyrozumiałym, żal za słowami, których się nie powiedziało i już nigdy nie powie się, za sytuacjami, których już nie będzie. Nagła śmierć niweczy możliwość naprawienia krzywd, które się wyrządziło bliskiej osobie. Jednakże, z psychologicznego punktu widzenia, kobiecie owdowiałej może być łatwiej (w porównaniu np. do porzuconej) pogodzić się z trudną sytuacją, w której się znalazła. Jej życie uległo totalnej zmianie nie z powodu zdrady drugiej strony, złamania przysięgi małżeńskiej czy rozczarowania, lecz przez straszne zrządzenie losu. Wdowa nie czuje się upokorzona, porzucona, nie ma złych wspomnień związanych z rozpadem małżeństwa, nie towarzyszy jej poczucie winy wynikające z wychowywania dzieci w rozbitej rodzinie. Może ona pielęgnować wspomnienie zmarłego małżonka, dzięki czemu będzie on nadal obecny w życiu jej dzieci (Ruszkiewicz, 2008; Rydz, 2010).

Bywa też, że kobieta podejmuje decyzję, aby wychowywać dziecko samotnie, bez udziału partnera. Dzieje się tak najczęściej wtedy, gdy dziecko pojawia się w związku nieformalnym i partner nie spełnia oczekiwań związanych z rolą ojca (nie pracuje, nie łoży na utrzymanie dziecka, nie interesuje się nim). Obecnie dziecko nie musi być powodem do zawierania małżeństwa, nie jest też czymś dyskredytującym samotną matkę. Stąd ciąża pozamałżeńska i urodzenie pozamałżeńskiego dziecka coraz częściej jest wynikiem świadomej decyzji kobiety. Takiemu stanowi rzeczy sprzyja wzrost poziomu wykształcenia i aktywności zawodowej kobiet. Jednakże ocenia się, że jest to rzadko występująca przyczyna samotnego rodzicielstwa (Lucas, 2005; Ruszkiewicz, 2008; Walęcka-Matyja, 2006).

Przez wiele lat za samotnego rodzica uważano matkę. Do lat 70. XX w. osobą ojca zajmowano się w literaturze niewiele; dopiero niedawno wzrosło

zainteresowanie zjawiskiem samotnego ojcostwa. Jako jego przyczyny Ruszkiewicz (2008) podaje: śmierć żony, rozwód, separację, opuszczenie przez matkę dziecka nieślubnego, stały pobyt matki w szpitalu lub zakładzie opieki społecznej, pozbawienie jej praw rodzicielskich. Samotni ojcowie stanowią specyficzną grupę rodziców i są zdecydowanie odmiennie odbierani przez otoczenie niż samotne matki. Decyzja matki o samotnym zajmowaniu się dzieckiem nie budzi zdziwienia. Gdy ojciec nie podejmuje się roli wychowawczej i przekazuje tę opiekę innym, też nie budzi zdziwienia i spotyka się ze zrozumieniem. Natomiast podjęcie przez samotnego ojca opieki nad dziećmi przeważnie wywołuje uznanie otoczenia, a przez niektórych uznawane jest nawet za bohaterstwo. Badania Lachowskiej i Lachowskiego (2001) wykazują, że jako powód decyzji o sprawowaniu samotnej opieki nad dzieckiem, ojcowie najczęściej (43,2%) podają poczucie obowiązku, względy religijne i moralne. U samotnych matek ten powód jest podawany znacznie rzadziej (12,5%). Samotni ojcowie wskazują także na pragnienie dobra swoich dzieci (Brągiel, 1999; Lachowska, Lachowski, 2001; Ruszkiewicz, 2008).

Rozwód jest najczęstszą przyczyną samotnego rodzicielstwa. Zarówno dorośli, jak i dziecko potrzebują czasu na oswojenie się z nową sytuacją. Najczęściej po rozwodzie dzieci pozostają z matką (w przypadku orzeczenia opieki nad dziećmi wyłącznie matce bądź orzeczenia wspólnej opieki nad dziećmi; szczegółowe dane zawiera tab. 1.1), a ojciec ma prawo je odwiedzać (duży procent stanowią kontakty nieregularne, okazjonalne czy przypadkowe, a niektórzy ojcowie w ogóle zaprzestają kontaktów). To matka ma więc częstszy kontakt z dziećmi i sprawuje nad nimi większą opiekę. Powinna ona zadbać o dobre samopoczucie dziecka, o jego samoocenę, doceniać i chwalić je, aby nadal czuło się wartościowe. Część dzieci boi się zupełnej utraty ojca, który się wyprowadził, a szczególnie, gdy założył nową rodzinę – czują się wtedy mniej ważne. Oboje rodzice powinni się starać, aby dziecko nie stało się stroną w ich konfliktach. Badania prowadzone przez Bretherton i Page (2004) wykazują, że matki po rozwodzie zdecydowanie częściej mówią o byłym mężu jako o źródle stresu, niż jako o nadal ważnym partnerze w wychowywaniu dzieci; 75% matek oceniało, że ich eksmężowie nie są wystarczająco dostępni dla dzieci, bądź że opiekują się nimi niewłaściwie. Niektóre matki bały się o bezpieczeństwo dzieci pozostających pod opieką ojców – zdarzało się, że

nadużywali oni alkoholu, zażywali narkotyki, pozostawiali dzieci same, bez opieki, a nawet że były one świadkami zachowań seksualnych ojców z ich nowymi partnerkami. Połowa badanych matek była niezadowolona z tego, jak ojcowie opiekowali się dziećmi; ponad 30% dzieci było smutnych z powodu zbyt rzadkiego kontaktu z ojcem – dzieci tęskniły za nim. Ważne jest, aby rodzice rozmawiali z dziećmi, starali się im wyjaśnić to, co się dzieje. Spośród badanych dzieci 28% chciało wiedzieć, dlaczego rodzice się rozwiedli i dlaczego nie mieszkają już razem. Osoby, które w dzieciństwie przeżyły rozwód rodziców, zachowują w świadomości uczucia z tego okresu – najczęściej wymieniane to: poczucie nieszczęścia, samotności, uczucie bezsilności i strachu (Brągiel, 1999; Bretherton, Page, 2004; Jabłoński, 2008; Ruszkiewicz, 2008). Okres odzyskiwania równowagi i układania sobie życia na nowo określa się na 7–8 lat po śmierci współmałżonka, a na 2 lata po rozwodzie.

Sytuację rodziny, w której wskutek migracji zarobkowej występuje czasowe samotne rodzicielstwo, omówię w podrozdziale 1.5.

1.1. Specyfika roli kobiecej – matka i samotna matka

Kobiecość, w ogólnym pojęciu, jest często kojarzona z czułością, opiekuńczością, oddaniem dla dobra innych, współczuciem i wrażliwością. Społecznie akceptowany wzór kobiecości wskazuje na przedkładanie dobra innych nad własne, co powoduje, iż potrzeby kobiety są spychane na dalszy plan, a na planie pierwszym jest dobro innych osób. Oczekuje się, iż kobiety powinny odnajdywać swoje poczucie szczęścia, spełnienia w bliskich związkach, szczególnie w związku małżeńskim i w opiece nad dziećmi. Obecnie oczekuje się od kobiety także umiejętnego godzenia obowiązków domowych i zawodowych – współczesna kobieta powinna być zarazem przedsiębiorcza oraz ciepła i opiekuńcza. Wskazuje się, że u podstaw sukcesu życiowego kobiety leży zdolność równoważenia ról związanych z rodziną i z pracą, a brak takiej równowagi może być przyczyną konfliktu ról typu „praca–rodzina” (Dillon, Benson, 2004; Rostowska, 2009b).

Kobiety zamężne pracujące zawodowo są bardziej niż mężowie zaangażowane w zadania związane z prowadzeniem domu, utrzymaniem go w należytym porządku, prowadzeniem gospodarstwa domowego, sprawowaniem opieki nad dziećmi. Jednakże większość kobiet nie odczuwa tego stanu jako niesprawiedliwości i nadmiernego obciążenia, a swoje obowiązki wykonuje z intencją sprawienia przyjemności pozostałym członkom rodziny. Żony częściej niż mężowie podejmują pracę na niepełnym etacie, wybierają zajęcia, w których możliwy jest ruchomy czas pracy, aby lepiej godzić obowiązki zawodowe z domowymi, korzystają z urlopów wychowawczych. Pojawienie się dziecka w rodzinie często sprawia, że kobieta idzie na dłuższy urlop, bądź rezygnuje z pracy zawodowej, co w konsekwencji pociąga za sobą spadek aktywności zawodowej kobiet oraz większe zaangażowanie mężów w tę aktywność. Wiąże się to także z nadal panującym przekonaniem, że dzieckiem powinna zajmować się matka (Liberska, Malina, red., 2011; Rostowska, 2009b).

Współcześnie coraz więcej jest małżeństw partnerskich. Szczególnej zmianie podlega pozycja kobiety, która, pracując zawodowo, nie jest już zależna finansowo od mężczyzny, ma swój udział w utrzymaniu rodziny, w podejmowaniu ważnych dla rodziny decyzji. Mimo przemian w podziale obowiązków domowych, to nadal kobiety wypełniają więcej obowiązków związanych z prowadzeniem domu i wychowywaniem dzieci.

Problem godzenia prowadzenia domu i sprawowania opieki nad dziećmi z pracą zawodową nabiera szczególnego znaczenia w przypadku samotnego rodzicielstwa kobiet. Dotyczy to również kobiet rozwiedzionych (konsekwencje rozwodu patrz rozdz. 4, cz. III). Koszty rozwodu – emocjonalne, psychiczne, finansowe – są ogromne, a szczególnie dotykają one kobiet. Polskie sądy w 85% przypadków orzekają pozostanie dzieci przy matce, więc to kobiety borykają się z problemami dnia codziennego – zapewnienia dziecku i sobie materialnego utrzymania, znalezienia czasu na opiekę nad dziećmi, na pracę, prowadzenie gospodarstwa domowego. Podobna sytuacja występuje w innych krajach europejskich. Jak wynika z raportu opracowanego w ramach programu „Supermom Kick-Off 2010”, będącego projektem Transferu Innowacji, współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach programu „Uczenie się przez całe życie Leonardo da Vinci”, w którym udział wzięły Hiszpania, Polska, Włochy, Wielka

Brytania, Irlandia, Francja, matkom przyznawano opiekę nad dziećmi w 84–90% przypadków, a ojcom w 10–15% przypadków.

TABELA 1.1
Przyznanie władzy rodzicielskiej rozwiedzionym rodzicom w Polsce w 2012 r.

Sprawowanie władzy rodzicielskiej	Liczba
Wyłącznie matka	22 690
Wyłącznie ojciec	1 643
Wspólnie matka i ojciec	12 503
Oddzielnie matce i oddzielnie ojcu	323
Placówki wychowawcze	226
Rodzina zastępcza	100
Inne formy	85

Źródło: *Rocznik demograficzny 2013* (2013).

Kobiety samotnie wychowujące dzieci nie mają z kim dzielić obowiązków domowych, więc często są nimi przeciążone. Przy obciążeniach pracą zawodową (nierzadko na więcej niż jeden etat), opieką nad dziećmi, prowadzeniem domu, często kobiecie brakuje czasu dla siebie – czasu na relaks, odpoczynek, na realizację swoich pasji. Konsekwencjami takiego stanu, oprócz poczucia przeciążenia i zmęczenia, może być poczucie winy, niskiej wartości, ciągłe martwienie się, stres, depresja, poczucie osamotnienia i żal. Niektóre kobiety wskazywały także na posiadanie mniejszych grup przyjaciół i grup wsparcia, gdyż codzienne obowiązki nie pozwalają im na spotkania z przyjaciółmi. Ponadto nie zawsze mają z kim zostawić dzieci, aby wyjść na spotkanie. Wszystko to wpływa negatywnie na jakość i warunki życia. W badaniach przeprowadzonych w Meksyku w 2005 r. samotne matki same określały siebie jako depresyjne oraz doświadczające gorszej jakości życia niż mężatki. Jakość życia była obniżona szczególnie w aspekcie socjalno-bytowym, relacji interpersonalnych, aktywności seksualnej (Cooper, Bebbington, 2008; Hernánez, Aranda, Ramírez, 2009; Jabłoński, 2008; Petri, 2008).

1.2. Specyfika roli męskiej – ojciec i samotny ojciec

Przez długi czas znaczenie ojca dla rozwoju i wychowywania dziecka było bagatelizowane, a podkreślana była przede wszystkim rola matki. A przecież człowiek rodzi się w rodzinie i, co się z tym wiąże, będzie potrzebował dobrze sprawowanego ojcostwa. Rola ojca nie powinna się ograniczać do samej obecności w rodzinie, czy pełnienia funkcji nadzorujących w procesie wychowawczym bądź zapewnienia rodzinie utrzymania. Najcenniejsze dla dziecka jest wsparcie psychiczne ze strony ojca, jego aprobata, ciepła, bliska więź, możliwość spędzania razem czasu na wspólnych zajęciach (Król, Deska, 2010).

Przez wiele lat uważano, że matki są zdecydowanie bardziej niż ojcowie predestynowane do opieki nad dziećmi. Jednakże współcześnie uznaje się, iż jakość rodzica nie zależy od płci, lecz od jego nastawienia do dziecka, zaangażowania i zainteresowania rodziną, w tym dzieckiem. Gdy zdecydowana większość kobiet pracuje zawodowo, a mężczyźni nie są już jedynymi żywicielami rodziny, ojcowie mają więcej możliwości i czasu na opiekę nad dziećmi. Niektórzy badacze mówią o „powrocie taty" (por. Kołodziej, 2010). Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych przez socjologa Farrella (za: Wojciechowska, 2008) wykazały, iż dzieci samotnych ojców w pewnych obszarach funkcjonują lepiej niż dzieci samotnych matek – lepiej radzą sobie w szkole, mają mniej nieobecności z powodu chorób, rzadziej trafiają do szpitala i obdarzone są wyższym poziomem empatii. Farrell uważa, że jest to wynikiem sposobu podejścia ojców do dzieci: częściej dyscyplinują niż karzą, są bardziej konsekwentni w swoich działaniach, co niesie za sobą większą przewidywalność zachowań, utrzymują także zdrowe i wyraźne granice w zdecydowanie większym stopniu niż samotne matki, które przenoszą na dzieci swoje frustracje. Jednakże znaczącym faktem w badaniach Farrella jest to, iż badani przez niego ojcowie po rozwodzie sami wystąpili o opiekę nad dziećmi, byli lepiej wykształceni niż ich partnerki i mieli lepsze warunki ekonomiczne do utrzymania dzieci. W warunkach polskich bardzo rzadko ojcowie sami występują o przyznanie opieki nad dziećmi, a sądy

w zdecydowanej większości przyznają opiekę matce (Kołodziej, 2010; Wojciechowska, 2008).

Od pewnego czasu mówi się o kryzysie ojcostwa. Rola ojca rzadko wiąże się obecnie z jego bezwzględnym autorytetem, wynikającym z bycia „głową rodziny". Wielu mężczyzn pogubiło się w swojej roli. Blankenhorn (za: Król, Deska, 2010) opisuje kilka typów ojcostwa, które wyróżnił we współczesnej kulturze amerykańskiej:

- „stary ojciec" – mężczyzna nadużywający swojego autorytetu, groźny, często stosujący kary, oddalony i fizycznie, i emocjonalnie od reszty rodziny. Obecnie bardzo rzadko obserwuje się taki model ojcostwa;
- „nowy ojciec" – powstał jako zaprzeczenie „starego ojca". Taki ojciec jest głęboko zaangażowany w sprawy domowe, opiekuje się dziećmi – karmi, zmienia pieluchy. Podstawą takiej postawy ojca jest odrzucenie „mitu męskości" i uznawania zajmowania się, szczególnie małymi, dziećmi za niemęskie;
- „tatuś pasożyt" – ojciec po rozwodzie z matką dziecka, który uchyla się od płacenia alimentów na swoje dziecko. Jego ojcostwo ogranicza się do płacenia alimentów (często nieregularnie) jedynie pod wpływem decyzji sądu bądź nakazu komornika. Niektórzy ojcowie niepłacenie alimentów traktują jako karę dla swoich byłych żon, a nie jako zaniedbywanie obowiązków wobec swoich dzieci, i unikają płacenia jak tylko jest to możliwe;
- „ojciec wizytujący" – ojciec po rozwodzie posiadający prawo do odwiedzin dziecka. Kontekst odwiedzin nie daje możliwości rzeczywistego wpływu wychowawczego i może stanowić źródło frustracji zarówno dla ojca, jak i dla dzieci;
- „ojczym" – nowy partner matki będącej po rozwodzie. Gdy kontakt dziecka z jego biologicznym ojcem się kurczy i jest coraz rzadszy, mogą pojawiać się pretensje do ojczyma, że zajął miejsce ojca, a także zazdrość o względy matki;
- „dobry ojciec" – stawia rodzinę na pierwszym miejscu, jest odpowiedzialny za nią, zapewnia jej byt, posiada autorytet, nie neguje partnerstwa w rodzinie, potrafi przyznać się do błędu (Król, Deska, 2010).

Mężczyźni są świadomi, że ojcostwo staje się współcześnie bardziej misją i powołaniem, które trzeba odpowiedzialnie spełniać. Wymaga to od nich wytrwałości, samodzielności, troski i ofiarności w procesie budowania więzi z żoną i dziećmi lub tylko z dziećmi. Współczesny mąż i ojciec staje przed wieloma zadaniami i wyzwaniami. Nie zawsze potrafi sobie z nimi poradzić i w konsekwencji może wybrać ucieczkę w pracę, pracę z dala od domu, dodatkowe zajęcia, częste wyjazdy służbowe, uzależnienia itp. Współczesne życie niesie za sobą kolejne wyzwania dla roli ojca, ale także kolejne możliwości do sprawdzania się w tej roli (Kołodziej, 2010).

Wskazuje się na wiele konsekwencji nieobecności ojca dla rozwoju dziecka. Rembowski zaobserwował, iż dzieci pozbawione opieki ojca gorzej oceniają siebie, czują się niepewnie, mają problemy z nawiązywaniem relacji z płcią odmienną. Badania Włodek-Chronowskiej wykazały, że dzieci wychowywane bez ojca gorzej się uczą i mają problemy z zachowaniem. Nicholi stwierdził w swoich badaniach negatywny wpływ braku ojca na: samoocenę i autonomię dziecka, chęć do pracy czy do nauki. Gurian w raporcie ekonomicznym pisze, iż dzieci wychowywane bez ojca mają dwa razy częściej kontakt z narkotykami, występuje u nich większe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, ucieczki z domu, częściej żyją w biedzie, mają większą potrzebę specjalistycznego wsparcia emocjonalnego niż dzieci z pełnych, prawidłowo funkcjonujących rodzin (badania za: Szymanowska, 2000; Gurian, 2004; Wojciszke, 2003). Dzieciństwo bez ojca jest trudniejsze, bo sprzyja pojawianiu się problemów związanych z samoakceptacją oraz budowaniem satysfakcjonujących relacji społecznych.

Współczesne ojcostwo może być bardziej autentyczne od jego wcześniejszych modeli, gdyż opiera się na osobistych wartościach, jest bardziej świadome i oparte w większości na partnerskich relacjach z żoną i dziećmi. Najcenniejszym darem ojca dla dziecka jest jego obecność, codzienna bliskość.

1.3. Funkcjonowanie rodziny niepełnej

Rodzina jest społecznością naturalną, czyli społecznością zgodną z naturą człowieka. Człowiek dla swojego normalnego i pełnego rozwoju istnieje i rozwija się w społeczności domowej, czyli rodzinnej. Grupy rodzinne istnieją już od czasów prehistorycznych i trwają nadal, mimo wielu zmian zachodzących w historii człowieka. Jak twierdzi Kiereś „Rodzina […] kształtuje człowieka jako uczestnika szerszych form tegoż życia, humanizuje go, a przez to uspołecznia" (Kiereś, 2006, s. 22). Jednakże współcześnie obserwuje się tendencję do odkładania w czasie decyzji o założeniu rodziny, bądź wręcz deklaracje o niechęci wchodzenia w stały związek. Jak wykazują badania przeprowadzone przez CBOS (*Komunikat z badań CBOS*, 2008) jako przyczynę takiego stanu kobiety podają lęk przed nieudanym małżeństwem, a mężczyźni preferowanie wolności i życia bez zobowiązań. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni obawiają się problemów finansowych oraz ograniczeń w realizacji kariery zawodowej (*Komunikat z badań CBOS*, 2008, s. 4). Może to być jedną z przyczyn istnienia rodzin niepełnych, gdyż nawet gdy narodzi im się dziecko, młode osoby nie decydują się na założenie rodziny. Inną przyczyną może być wzrost konsumpcjonizmu, wpadanie w pułapkę egocentrycznego materializmu, gdzie posiadanie jest najwyższą nagrodą. W takiej sytuacji wyznacznikami osiągnięcia szczęścia są posiadane dobra materialne, a nie żywe i bliskie relacje z innymi ludźmi. Jednostki inwestują swój czas i energię w gromadzenie dóbr, a nie w budowanie więzi z bliskimi. Osoby w takiej rodzinie coraz bardziej się od siebie oddalają, a ich więzi są coraz słabsze, co w konsekwencji może prowadzić do rozbicia rodziny (Kiereś, 2006; Łukomska, 2011).

W literaturze przedmiotu trudno jest odszukać precyzyjne określenie rodziny niepełnej. Spotyka się takie określenia, jak: „samotny rodzic", „rodzina rozbita", „rodzina samotna", „rodzina zdekompletowana", „rodzina jednego rodzica". Samotny rodzic sam musi zmagać się z codziennymi problemami, które niesie rodzicielstwo: kłopoty zdrowotne dzieci, kłopoty wychowawcze, pomoc dzieciom w lekcjach, trudności w łączeniu pracy zawodowej i obowiązków domowych, zazwyczaj obniżenie stopy życiowej czy nawet kłopoty finansowe.

Rodziny niepełne są niejednorodne, ich specyfika zależy od przyczyny ich powstania – mogą być tworzone przez samotne matki, samotnych ojców, osoby kohabitujące. Spełnienie funkcji socjalizacyjno-wychowawczej w rodzinach niepełnych przebiega inaczej niż w rodzinach pełnych. Brak jednego z rodziców może prowadzić do braku właściwych wzorców pełnienia ról rodzinnych, a szczególnie małżeńskich (Ruszkiewicz, 2008).

Realizacja funkcji wychowawczej w rodzinach niepełnych jest z wielu powodów skomplikowana. Problemy najczęściej występujące w tych rodzinach można ująć następująco:

- problemy materialne, wynikające z konieczności utrzymania się tylko z jednych dochodów;
- problemy psychiczne związane z samotnym pełnieniem roli rodzicielskiej i brakiem wsparcia ze strony drugiego rodzica;
- problemy opiekuńcze wynikające ze zwielokrotnienia obowiązków domowych, wychowawczych i zawodowych;
- problemy wychowawcze związane z brakiem zaspokojenia potrzeb rozwojowych dziecka przez oboje rodziców, bądź z otrzymywaniem sprzecznych sygnałów od rodziców (w przypadku rozwodu i wspólnej opieki nad dziećmi) (Gębuś, 2010).

Nietrwałość współczesnej rodziny polskiej oraz wciąż narastająca liczba rozwodów jest niepokojącym przejawem jej kryzysu (patrz rozdz. 4, cz. III). Rozwody są jednym z najtrudniejszych problemów życia społecznego oraz jednym z największych zagrożeń dla współczesnej rodziny. Są nie tylko nieszczęściem dla małżonków, ale również wielkim dramatem dla dzieci. Sytuację dziecka po rozwodzie rodziców w pewnej mierze określa stan poprzedzający rozwód. Badania Kostuj (1980) pokazują, iż dzieci, które były świadkami konfliktów między rodzicami, łatwiej akceptowały rozwód rodziców, szybciej przystosowywały się także do nowych warunków i życia z jednym rodzicem. Sytuacja ciągłych kłótni, awantur, a nawet bijatyk może bowiem działać na dziecko bardziej destruktywnie niż sam rozwód rodziców, który w takim wypadku może być przyjęty z ulgą (Cudak, 2004; Dzierżanowski, 2010).

Rodzice samotnie wychowujący dzieci mają tendencję do przejawiania dwóch nieprawidłowych postaw – nadmiernie opiekuńczej lub/i nadmiernie

wymagającej. Rodzice nadmiernie opiekuńczy to ci, którzy obwiniają siebie za to, że dziecko wychowuje się bez drugiego rodzica i starają się mu to wynagrodzić. W efekcie stają się zbyt pobłażliwi, spełniają zachcianki swoich dzieci i tolerują ich niewłaściwe zachowania. Może to w konsekwencji prowadzić do braku samodzielności u dzieci, ich niezaradności życiowej, trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, do ograniczenia autonomii oraz odbierania świata jako zagrażającego i niebezpiecznego. Rodzice nadmiernie wymagający zwykle nie radzą sobie z zadaniami życiowymi i siebie postrzegają jako pokrzywdzonych daną sytuacją. Oczekują pomocy dziecka w realizowaniu codziennych zadań. Nie liczą się z jego potrzebami, a nawet możliwościami. Stawianie zadań przekraczających możliwości dziecka i obarczanie go odpowiedzialnością za funkcjonowanie rodziny może powodować u niego brak wiary we własne siły, niskie poczucie własnej wartości, niechęć do rodzica, apatię bądź agresję i bunt (Dzierżanowski, 2010).

Nie należy jednak uważać rodzin niepełnych jedynie za negatywne środowisko wychowawcze. Zdarza się, że samotni rodzice lepiej wykonują obowiązki rodzicielskie niż niejedna pełna rodzina. Wymaga to jednak od niech bardzo dużej świadomości przebiegu procesów wychowywania i ogromnego wysiłku. Podobnie jak w pełnych rodzinach, samotni rodzice dążą do zapewnienia swoim dzieciom jak najlepszego wykształcenia, aby umożliwić im w przyszłości zdobycie dobrej pracy. Dbają także o rozwój osobisty dzieci, starając się wychować ich na szczęśliwych ludzi.

1.4. Konsekwencje samotnego rodzicielstwa

Jak pokazują doniesienia z badań, konsekwencje samotnego rodzicielstwa są inaczej odbierane przez kobiety, a inaczej przez mężczyzn. Kobiety najczęściej jako konsekwencje wymieniają: pułapkę podwójnej regresji (regresji do spraw własnego dziecka oraz regresji do roli dziecka swoich rodziców; patrz rozdz. 4, cz. III), zmianę tożsamości, pogorszenie stanu zdrowia. Zmiana tożsamości po rozwodzie, bądź po śmierci małżonka, związana jest przede wszystkim ze zmianą roli społecznej – z roli żony do

roli kobiety samotnej, co pociąga za sobą wiele zmian. Wiele trudności związanych z rozwodem skutkuje w późniejszym czasie problemami somatycznymi i gorszym samopoczuciem (Beisert, 2000; Rydz, 2010). Konsekwencje funkcjonowania mężczyzny w roli samotnego rodzica to najczęściej: ukierunkowanie zadaniowe i egocentryzm, tendencja do ucieczki w pracę, pułapka emocjonalna, świadomość bycia rodzicem mniej ważnym, ale lepszym (patrz rozdz. 4, cz. III). Mając ograniczony kontakt z dziećmi, ojciec ma poczucie, iż nie jest już tak ważny w ich życiu, ale stara się to wynagrodzić, zapewniając dzieciom różne rozrywki i przyjemności. Może to spowodować kolejne napięcia między byłymi już małżonkami – on chce być dobrym, choć okazjonalnym, ojcem, zabiera dzieci do kina, na place zabaw, spełnia ich zachcianki. Matka dzieci, która przeważnie nie ma takich możliwości, czy to finansowych czy czasowych, pełniąc codzienną opiekę nad dziećmi, może to odbierać jako swoistą rywalizację o to, kto jest lepszym rodzicem (Beisert, 2000; Rydz, 2010).

Samotni rodzice częściej doświadczają problemów wychowawczych. Badania wykazują, że dzieci z rodzin niepełnych mają więcej napięć emocjonalnych, mniejsze poczucie bezpieczeństwa, charakteryzują się większą agresją oraz mają większe problemy z nawiązywaniem relacji interpersonalnych niż ich rówieśnicy z rodzin pełnych. Dzieci samotnych matek są bardziej obarczone pracami domowymi, rzadziej uzyskują pomoc w nauce, rzadziej też rodzice organizują im czas wolny. Brak jednego z rodziców uniemożliwia dziecku obserwowanie codziennego życia rodzinnego – wspólnych radości i smutków, wzajemnego wsparcia rodziców, sposobów rozwiązywania kwestii spornych, osiągania porozumienia. Badania prowadzone w 2006 r. w Cambridge, dotyczące przyczyn depresji wśród młodzieży, wskazują na wyraźnie wyższy poziom symptomów depresyjnych u młodych osób, które pochodzą z niepełnych rodzin, niż u młodzieży z rodzin pełnych. Szczególne nasilenie tych symptomów następuje między 14 a 16 r.ż. Początkowo wyższe ich nasilenie obserwuje się u dziewcząt, po pewnym czasie spada ono wraz z wiekiem, natomiast u chłopców symptomy depresyjne utrzymują się nawet w dorosłym życiu. Z kolei Zubrzycka (1993) zwraca uwagę na fakt, iż dzieci samotnych rodziców szybciej dojrzewają niż ich rówieśnicy z pełnych rodzin. Szybciej niż dzieci z pełnych rodzin zaczynają uczestniczyć w podejmowaniu decyzji rodzinnych, są proszone o opinie

w różnych sprawach dotyczących rodziny, dorośli liczą się z ich zdaniem, wykonują także więcej obowiązków domowych, a mając mniej wsparcia, stają się bardziej samodzielne i w większym stopniu pewne siebie (Ge, Natsuaki, Conger, 2006; Król, Deska, 2010; Zubrzycka, 1993).

Dzieci, które są wychowywane przez samotnych rodziców – co szczególnie dotyczy rodzin rozwiedzionych i osieroconych w wyniku śmierci któregoś z rodziców – w miarę upływu czasu, powoli przyzwyczajają się do zmian. Ważne jest, aby dorośli starali się o ich dobre samopoczucie, rozmawiali z nimi – wyjaśniali daną sytuację. Prawidłowe relacje między rodzicem czy rodzicami a dzieckiem mają tu szczególne znaczenie.

1.5. Migracja zarobkowa jako czasowe samotne rodzicielstwo

Osoby stanowiące rodzinę są związane ze sobą bliskimi relacjami, które decydują o jakości życia zarówno całej rodziny, jak i poszczególnych jej członków. Wspólne życie członków rodziny obejmuje przebywanie ze sobą, wzajemne zaspokajanie swoich potrzeb emocjonalnych, duchowych, fizycznych, psychicznych, materialnych. Rodzinę łączy wspólne życie. Każda zmiana w życiu którejś osoby z rodziny zmienia sytuację pozostałych osób. Wyjazd zarobkowy jednego z rodziców zmienia zatem sytuację drugiego małżonka i dzieci pozostałych w miejscu zamieszkania.

Migracje zarobkowe stają się coraz bardziej powszechnym elementem przemian globalnego świata, są ściśle powiązane z procesami zachodzącymi na rynku pracy, z otwarciem granic i coraz łatwiejszym przemieszczaniem się po świecie. Celem migracji zarobkowych jest uzyskanie środków finansowych niezbędnych do zachowania, a często także do polepszenia, dotychczasowych form życia. Współcześnie z powodu migracji zarobkowych wiele rodzin doświadcza rozłąki, która jest silnym wyzwaniem dla wszystkich ich członków. Rodziny takie, mimo że z formalnego punktu widzenia stanowią rodziny pełne, posiadają wiele cech rodzin niepełnych. Podobnie występuje tu nietypowy podział ról małżeńskich i rodzinnych, zakłócony proces komunikacji, zmieniony

i niestandardowy zakres zadań i funkcji. W sytuacji nieobecności jednego rodzica, drugi przejmuje jego rolę, sprawuje samodzielnie opiekę nad dziećmi i wspólnym domem. Często prowadzi to do poczucia przeciążenia, wzrostu napięcia, zmęczenia, obniżenia ogólnej satysfakcji z życia, mniejszej satysfakcji z życia rodzinnego oraz do rozluźnienia więzi z małżonkiem. Wśród konsekwencji rozłąki z partnerem wskazuje się na wiele zakłóceń w całym spektrum sfer życia rodzinnego:

- zakłócenia zaspokajania potrzeb biologicznych, w tym seksualnych;
- deficyt miłości, bliskości, intymności i serdeczności;
- oddalenie od siebie partnerów – każdy z nich samotnie boryka się z różnymi problemami, coraz trudniej jest o empatię i wzajemne zrozumienie;
- pojawia się potrzeba kontrolowania partnera i traktowania go jako własności, może pojawić się skłonność do romansów, nawet do zdrad, bądź do obsesyjnych myśli dotyczących niewierności partnera, co powoduje ciągły lęk i napięcie.

Jak pokazują badania prowadzone w 2011 r. na terenie Opolszczyzny, znacznie większy odsetek mężczyzn niż kobiet pracuje za granicą; 32,8% mężczyzn spędza za granicą od 7 do 9 miesięcy, a 26,6% od 10 do 12 miesięcy (Landwójtowicz, 2011). Oznacza to nieobecność ojca w życiu rodziny, brak jego bezpośredniego udziału w wychowywaniu dzieci. Rola rodzica, który jest za granicą, przeważnie ogranicza się do spraw ekonomicznych. Narażony on jest na doświadczanie tzw. syndromu migracyjnego, który charakteryzuje się stanami depresji, ucieczką w nałogi, a nawet w skrajnych przypadkach może dochodzić do samobójstw. Zmiana w sposobie życia spowodowana wyjazdem do obcego państwa powoduje zmniejszenie odporności organizmu na różnego rodzaju urazy. Odnalezienie się w nowej sytuacji wymaga więcej uwagi, zwiększa napięcie i odruch orientacyjny, co powoduje wyczerpanie organizmu. Pojawiają się trudności w adaptacji do nowego otoczenia: bariera językowa, bariery kulturowe, odmienne obyczaje, poczucie wyobcowania i samotności. Problemy dotyczą także rodziców, którzy pozostali w kraju z dziećmi. Podobnie jak rodzice samotni, mają oni trudności w godzeniu obowiązków domowych i opieki nad dziećmi z pracą zawodową. Przeciążenie obowiązkami i odpowiedzialność związana z samodzielnym podejmowaniem ważnych

dla rodziny decyzji, niepewność odnośnie do trwałości zwiazku, skutkują obniżeniem jakości życia nie tylko rodziców, lecz także ich dzieci. Bywa i tak, że osoba pracująca za granicą uniezależnia się od rodziny, która pozostała w kraju. Długi pobyt poza miejscem zamieszkania prowadzi do wypracowania innego stylu życia, innych potrzeb, a nawet wartości. Gdy taka osoba powraca do swojej rodziny w kraju, może czuć się wyalienowana, a przez rodzinę jest odbierana jako obca. Ponowny wyjazd do pracy za granicą może być przez obie strony przyjęty z ulgą, co ewidentnie świadczy o oddaleniu się od siebie bliskich do niedawna osób (Dzierżanowska-Peszko, 2011; Landwójtowicz, 2011; Więckiewicz, 2010).

Wyjazdy zarobkowe przynoszą korzyści finansowe, podnoszą poziom materialny życia rodziny. Stanowią jednak zagrożenie dla trwałości małżeństwa i rodziny. W 2008 r. wprowadzono pojęcie „eurosieroctwa", oznaczające sytuację dzieci, których rodzice wyjechali do pracy poza granice Polski. Według oświadczenia Ministerstwa Edukacji Narodowej eurosieroctwo jest „sytuacją, w której emigracja zarobkowa rodziców/rodzica powoduje burzenie podstawowych funkcji rodziny, takich jak zapewnienie ciągłości procesu socjalizacji, wsparcia emocjonalnego dziecka i transmisji kulturowej" (Landwójtowicz, 2011, s. 10). Do 2004 r. migracja zarobkowa najczęściej dotyczyła jednego z rodziców, dzieci pozostawały w kraju pod opieką drugiego z nich. Po otwarciu granic UE coraz częściej zdarza się, że wyjeżdżają oboje rodzice, pozostawiając dzieci pod opieką dziadków (często bez ustanowienia ich opiekunami prawnymi dziecka, co powoduje, iż dziadkowie nie mogą podjąć żadnej ważnej decyzji w sprawie dziecka, nawet w nagłych wypadkach). W efekcie wyjazdu obojga rodziców pojawiają się trudności wychowawcze z dziećmi, zaniedbywanie przez nie obowiązków szkolnych, obniżenie ocen, a niejednokrotnie demoralizacja. Dzieci wychowywane w takich warunkach nie będą dobrze przygotowane do dorosłości (ibid.).

Długotrwała rozłąka to jeden z głównych powodów pozwów rozwodowych. Związek na odległość jest sytuacją trudną. Większość takich związków nie jest w stanie przetrwać dłużej niż trzy lata. Po tym czasie więzi słabną, relacje się pogarszają, a bliskość między członkami rodziny coraz bardziej maleje.

1.6. Pomoc samotnym rodzicom

Z pomocą samotnym rodzicom przychodzi państwo, tworząc rozwiązania prawne i systemowe. Od wielu już lat w Polsce dzieci samotnych rodziców mają pierwszeństwo w przyjęciach do żłobków i przedszkoli, co umożliwia tym rodzicom podejmowanie pracy zawodowej.

Raport European Community Household Panel z 2008 r. wskazuje na pewną prawidłowość: w państwach, w których pomoc formalna państwa jest słabo rozwinięta i trudno dostępna, kobiety samotnie wychowujące dzieci szukają pomocy w rodzinie i u przyjaciół. Jak wynika z tego raportu, najczęściej z opieki państwa korzystają kobiety w krajach skandynawskich. Kobiety z Europy Południowej oraz z Wielkiej Brytanii, gdzie opieka instytucjonalna jest ograniczona, częściej korzystają ze wsparcia rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Z kolei w Belgii i we Francji obie opcje pomocy są podobnie wykorzystywane. Natomiast samotne matki z Niemiec, Holandii oraz Austrii w niewielkim stopniu korzystają z jakiejkolwiek pomocy. Uzyskanie pomocy, czy to formalnej czy nieformalnej, zwiększa możliwości kobiet w zakresie podejmowania pracy zawodowej, a to pociąga za sobą lepsze warunki materialne dla rozbitej rodziny. Tam gdzie nie ma możliwości uzyskania bezpłatnej opieki dla dzieci, kobiety często korzystają z form opieki płatnej – prywatnych placówek opieki dla dzieci, niani bądź opiekunki w domu (Raeymaeckers i in., 2008).

Przykładem pozytywnych rozwiązań dla samotnych rodziców może być Holandia. Kobiety samotnie wychowujące dzieci uzyskują tam pomoc w znalezieniu pracy, mogą uczestniczyć w różnych kursach zawodowych, podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, uzyskują także porady prawników i finansistów związane ze spłacaniem długów. Jest to bardzo istotna pomoc, gdyż wiele z tych kobiet ma problemy ze znalezieniem pracy, wiele ma także długi. Samotne matki uzyskują także pomoc w opiece nad dziećmi, pomoc psychologiczną oraz lekarską. Jednakże i tutaj wskazuje się na niedociągnięcia: fragmentaryczność pomocy, skupienie jej przede wszystkim na aspekcie finansowym. Matki, które znajdują pracę, są często krytykowane za zaniedbywanie dzieci, za brak należytej pomocy w nauce i zapewnienia im opieki po szkole. W efekcie matki stają się sfrustrowane, brak im wiary we własne siły i poczucia bezpieczeństwa (Tonkens, 2013).

Jak wynika z badań Tonkens, wiele dzieci samotnych rodziców w Holandii ma niski poziom samooceny, sprawia problemy wychowawcze, ma niskie poczucie bezpieczeństwa oraz problemy z nauką.

We współczesnych teoriach rodzin zdecydowanie odchodzi się od traktowania rodzin niepełnych czy rozbitych jako patologicznych. Wskazuje się, że dzieci z rodzin niepełnych nie różnią się znacząco od dzieci z rodzin pełnych. I choć samotne rodzicielstwo jest wielkim wyzwaniem, to może przynieść pozytywne efekty.

Rozdział 2

Związki kohabitacyjne

Iwona Janicka

2.1. Kohabitacja jako nowa forma życia pary
2.2. Przyczyny kohabitacji
2.3. Charakterystyka osób kohabitujących
2.4. Przedślubna kohabitacja a małżeństwo
2.5. Kohabitacja a rokowania odnośnie do trwałości związku
    2.5.1. Efekt selekcji
    2.5.2. Efekt kohabitacji
2.6. Zaangażowanie w relację a trwałość związków intymnych
    2.6.1. Wybrane teorie zaangażowania
    2.6.2. Rola zaangażowania
    2.6.3. Zaangażowanie partnerów kohabitujących i poślubionych

Począwszy od lat 70. XX w. odnotowuje się gwałtowny wzrost liczby związków kohabitacyjnych na Zachodzie, a z końcem lat 90. również w Polsce. Najwyższy wskaźnik –ok. 90% – kohabitacji odnotowano w Norwegii (Mortensen i in., 2012). W Stanach Zjednoczonych takich par jest ok. 60% (Hsueh, Morrison, Doss, 2009). W Polsce w 1974 r. liczbę związków partnerskich szacowano na 90 tys., co stanowiło ok. 1% wszystkich związków w kraju. Po raz pierwszy związki partnerskie uwzględniono w spisie powszechnym w 2002 r. i zgodnie z danymi GUS było ich 198 tys., a w 2011 r. ta liczba wzrosła do 397 tys. (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Związki takie obecnie nie spotykają się ze społeczną dezaprobatą, a nawet bywają uznawane za bardziej (od małżeństwa) pożądaną formę wspólnego życia, czy też za ważny etap poprzedzający małżeństwo i prowadzący do lepszego poznania się partnerów. Badania Kwak (2005) wykazują, że kohabitację popiera 64% osób z wykształceniem podstawowym, 52% z wykształceniem średnim i 30% z wykształceniem zasadniczym. Wśród młodych osób z wykształceniem wyższym i słabo związanych z religią aż 92% aprobuje związki nieformalne. Według sondażu TNS Polska, przeprowadzonego w 2013 r., 2/3 Polaków popiera heteroseksualne związki partnerskie.

2.1. Kohabitacja jako nowa forma życia pary

Określenia dotyczące związku kobiety z mężczyzną pozbawionego legalnego aktu małżeństwa są liczne i niedoskonałe. Trudno znaleźć idealny termin odzwierciedlający tego typu relacje między partnerami. Zastrzeżenie budzą powszechnie używane – związek „wolny”, „alternatywny” czy „wspólnota życiowa”, ponieważ można im przypisać zbyt duży zakres znaczeń. Nie przyjął się i rzadko jest stosowany, proponowany przez Slany (2006), termin – „związek konsensualny”. Używany częściej „związek pozamałżeński” zakłada z kolei konieczność istnienia równolegle, obok nieformalnego, również związku małżeńskiego, co nie musi być regułą.

Najstarszym terminem określającym związek niezalegalizowany jest „konkubinat”. W *Słowniku języka polskiego* uznaje się „konkubinat za trwałe niezalegalizowane pożycie mężczyzny i kobiety” (Skorupka,

Auderska, red., 1968, s. 296). Określenie to obecnie bywa używane rzadziej ze względu na pejoratywne znaczenie pojęcia „konkubina” rozumianego jako kochanka, nałożnica. Termin ten pochodzi z języka łacińskiego, w którym *con cubare* oznacza spać ze sobą. We Włoszech tradycyjna nazwa *concubinato* odnosiła się do związków cudzołożniczych. Obecnie termin „konkubinat” zastępowany jest terminami: „związek niemałżeński”, „związek partnerski”, „wolny związek”, „wspólnota życiowa”, „wspólnota domowa”, „związek alternatywny” czy „kohabitacja”.

W definicjach prawnych uznaje się „konkubinat” i „kohabitację” za pojęcia jednoznaczne i obejmujące współżycie kobiety i mężczyzny, wymagające zachowania więzi duchowej, fizycznej i gospodarczej, analogiczne do małżeństwa, ale pozbawione legalizacji.

Dokonujące się obecnie przemiany i pojawianie się nowych małżeńskopodobnych form życia wymaga różnicowania konkubinatu i kohabitacji. Zgodnie z pierwotnym znaczeniem – konkubinat odnosi się do związku, w którym jedno albo oboje partnerzy równolegle funkcjonują i w małżeństwie, i w związku nieformalnym. Świadczyć to może jednocześnie o tzw. ukrytej poligamii.

Najtrafniejsze okazuje się określenie „kohabitacja”, na równi z którym używa się takich terminów, jak: „związek nieformalny”, „niezalegalizowany”, „niemałżeński”. Terminy te zwykle stosowane są zamiennie. Pojęcie „kohabitacja” pochodzi od łacińskiego słowa *cohabitare* – współmieszkać. Zgodnie ze *Słownikiem wyrazów obcych*, za kohabitację uznaje się „współżycie mężczyzny z kobietą tak jak w małżeństwie, zazwyczaj jednak bez legalnego ślubu” (Kopaliński, 1990). Zwraca uwagę dowolność i ogólność definiowania kohabitacji, co może wynikać z faktu, że każda para inaczej traktuje własny związek. Między innymi przejawia się to w braku sprecyzowania czasu jego trwania, roli, jaką ma spełniać, zadań partnerów, ciągłości współzamieszkiwania. Brak jednoznacznego definiowania kohabitacji obrazują przytoczone dalej przykładowe definicje. Macklin (1972, s. 463) uważa, że kohabitacja to „dzielenie pokoju, mieszkania albo domu przez przynajmniej cztery noce w tygodniu, przez co najmniej trzy następujące po sobie miesiące z obecnym partnerem”. Taka daleko posunięta umowność oraz niewymagana bezwzględnie ciągłość wspólnego zamieszkiwania partnerów może wynikać stąd, że grupę badaną stanowili studenci college’u. Chechliński (1981, s. 28) definiuje kohabitację

jako „związek dwojga osób odmiennej płci, współżyjących stale razem od co najmniej 1 roku, prawnie nieusankcjonowany”. Huinink (1995, s. 118) uznaje, że związki niemałżeńskie stanowią nowoczesne partnerstwo, które określa jako „formę stosunków umożliwiających dialogowe interakcje”. Autor traktuje stosunki partnerskie jako relacje między dwojgiem dorosłych osób poprzedzone wzajemnym uczuciem romantycznej miłości.

Kolejne i późniejsze definicje akcentują różnice między małżeństwem i kohabitacją. Kohabitacja to forma współżycia dwojga ludzi – nie w pełni rozwinięta, niekompletna, ponieważ nie posiada wszystkich wad i zalet małżeństwa, nie wymaga deklaracji na całe życie i każdy z partnerów myśli o związku w różnych aspektach (Waite, Joyner, 2000). Wąski i ograniczający wzajemną zależność charakter współistnienia partnerów w kohabitacji przejawia się tym, że ujmuje się ją jako: „stan, w jakim są niepoślubieni, seksualni partnerzy dzielący razem gospodarstwo domowe” (Popenoe, Whitehead, 2004, s. 20), jako intymny związek o charakterze seksualnym między niepoślubionymi partnerami zamieszkującymi razem przez dłuższy czas (Xu, Hudspeth, Bartkowski, 2006) lub jako współzamieszkiwanie kobiety i mężczyzny połączonych intymną, bliską więzią (Gold, Sen, Hayward, 2010). Obecnie kohabitacja rozumiana jest również jako czas między etapem spotykania się na randkach a małżeństwem. Niejasny podział ról i oczekiwań powoduje, że kohabitacja jako etap związku charakteryzuje się większą ilością problemów niż etap spotykania się na randkach lub małżeństwo. Pary kohabitujące mają zarówno problemy charakterystyczne dla par randkujących (zaangażowanie, zazdrość), jak i te typowe dla małżeństw (sprawy finansowe, podział obowiązków domowych) (Rhoades, Stanley, Markman, 2012b).

Wskazuje się na różne rodzaje kohabitacji. Są to: trwały związek kohabitacyjny jako alternatywa dla małżeństwa, tymczasowa kohabitacja niezakładająca trwałego pożycia, seryjna kohabitacja, związana z sukcesywną zmianą partnerów, przedślubna kohabitacja, kohabitacja przerywana czy związek razem, ale osobno – LTA (*Living together apart*). Kohabitację przerywaną i LTA charakteryzuje dobrowolna lub mimowolna separacja (Cross-Barnet, Cherlin, Burton, 2011). Szczególnie częsta wśród młodych dorosłych jest przedślubna kohabitacja traktowana jako małżeństwo na próbę – forma, która stała się bardzo popularna w Stanach

Zjednoczonych w latach 20., a Polsce w latach 90. XX w. Keong-il (2008) określa przedślubną kohabitację jako umowę zawieraną na określony czas między partnerami żyjącymi ze sobą po to, by sprawdzić, czy nadają się do małżeństwa. Za alternatywną dla małżeństwa formę uznaje on również przyjaźń międzypłciową, która jest niezbędnym etapem na drodze do trwałego związku i do miłości.

Zmiany dotyczące związków trwałych to nie tylko odchodzenie od małżeństwa, ale również jego przeobrażenia, co skutkuje podobieństwem między zalegalizowaną i niezalegalizowaną formą współżycia pary. Pierwszym obserwowanym obecnie przejawem takiego podobieństwa jest wzrastająca liczba rozwodów małżeństw zawartych na początku XXI w., co pozwala wnioskować, że stają się one niestabilne podobnie jak kohabitacje. Ponadto obserwuje się, że młodzi małżonkowie preferują bardziej swobodny i niezależny sposób funkcjonowania. Jest to spowodowane wzrostem ich oczekiwań, a także wymagań kobiet w stosunku do mężczyzn oraz nowym modelem kobiety z jej aspiracjami i osiągnięciami zawodowymi. Sprzyja to ograniczeniom ról małżeńsko-rodzicielskich, co pozwala prognozować, że małżeństwa przyszłości, tak jak związki nieformalne, będą miały charakter bardziej swobodny. Keong-il (2008) proponuje nazwanie takiego typu małżeństwa partnerskim, tzn. takim, w którym nie planuje się potomstwa, zachowuje się niezależność i odrębność finansową, a partnerzy w każdej chwili mogą się rozstać.

Mimo trwających dyskusji większość autorów rozgranicza związki małżeńskie i niemałżeńskie, co wynika z podanych wcześniej definicji, jak również z określania zasad ich funkcjonowania, które nie są bez znaczenia dla jednostki i dają jej możliwość wyboru. Porównanie związku małżeńskiego z nieformalnym pozwala wskazać różnice między nimi. Porządkuje je Nave-Herz (2002) (tab. 2.1).

TABELA 2.1

Porównanie związków małżeńskich i kohabitacyjnych

Małżeństwo	Kohabitacja
Zakłada trwałe współżycie partnerów	Trwałość jest zależna od partnerów. Czas trwania umowny
Ma charakter wzajemnych zobowiązań, również rodzinnych	Rezygnuje z przyjętych ideałów i modeli małżeńsko-rodzinnych

Określa zasady funkcjonowania małżonków	Przyjmuje tolerancję i dowolność funkcjonowania partnerów
Dopuszcza dzielenie obowiązków domowych ze względu na płeć	Nie uwzględnia dzielenia obowiązków domowych ze względu na płeć
Powodem zawarcia jest zaspokajanie potrzeb nie tylko seksualnych	Powodem bycia razem (choć niekoniecznie wiodącym) jest zaspokajanie potrzeb seksualnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nave-Herz, 2002.

Małżeństwo można zdefiniować jako zinstytucjonalizowaną formę współżycia kobiety i mężczyzny, nadającą im określone prawa i obowiązki zgodne z normami prawnymi, religijnymi i obyczajowymi. Na podkreślenie zasługuje szczególnie fakt, że w małżeństwie, obok emocjonalnej, występuje (usankcjonowana prawnie) zależność obejmująca wspólnotę materialną, dotyczącą wzajemnych zadań małżonków oraz zasad ich funkcjonowania społecznego. Natomiast, biorąc pod uwagę przytoczone wcześniej definicje, przyjmuje się, że jedynym rodzajem zależności konstytuującym związek kohabitacyjny jest zależność uczuciowa partnerów, co należy uznać za charakterystyczną i wspólną cechę związków nieformalnych.

2.2. Przyczyny kohabitacji

Człowiek współczesny stoi przed wielkimi szansami i nowymi wyzwaniami, ale jednocześnie jest obciążony wieloma zadaniami. Wysokie oczekiwania, jakie stoją obecnie przed młodymi ludźmi, i wzrastająca konkurencja na rynku pracy z jednej strony wymagają ciągłego inwestowania w rozwój własny i związany z aktywnością zawodową, z drugiej radzenia sobie z bezrobociem i trudnościami finansowymi. Takie, coraz częściej spotykane i spolaryzowane, zachowania młodych dorosłych, naturalnie ograniczają ich możliwości związane z budowaniem trwałych i satysfakcjonujących relacji. Obecne warunki życia nie sprzyjają tradycyjnej rodzinie, stąd coraz więcej ludzi decyduje się na alternatywną

jej formę, jaką jest kohabitacja. Uznaje się nawet, że kohabitacja warunkuje przystosowanie się do niesprzyjających rodzinie warunków.

O kohabitowaniu mogą decydować czynniki związane z warunkami życia, takie jak ekonomiczne, społeczne, kulturowe, oraz doświadczenia i wzorce zachowań wyniesione z rodziny pochodzenia. Wybór kohabitacji dyktują najczęściej czynniki ekonomiczne, jak: potrzeba niezależności finansowej, chęć zatrzymania własnego mieszkania, obawa przed utratą renty (po rodzicach czy zmarłym małżonku), a także brak środków finansowych na ślub i założenie rodziny. Dla współcześnie żyjących ludzi szczególne znaczenie ma wspomniana praca zawodowa. Nadmierne zaangażowanie zawodowe lub obawa przed utratą pracy, powodują, że zaczyna ona dominować nad życiem osobistym czy rodzinnym. Natomiast brak pracy i związane z tym trudności finansowe prowadzą do odraczania decyzji o zawarciu małżeństwa i planowaniu rodzicielstwa. Skłania to do stosowania zastępczej formy wspólnego życia, tańszej, mniej zobowiązującej i często deklarowanej jako tymczasowa, jaką jest kohabitacja.

Popularna obecnie migracja ludności (najczęściej związana z poszukiwaniem pracy) zwiększa swobodę budowania nowych relacji i wchodzenia w związki, które zwykle są czasowe, bo wyznaczone okresem pobytu poza miejscem zamieszkania. Niestabilność współczesnych małżeństw, przejawiająca się wzrastającą liczbą rozwodów, często stanowi dodatkowy argument nielegalizowania własnego związku. Kohabitacja daje poczucie niezależności, dyspozycyjności w innych sferach aktywności i pozwala uniknąć ewentualnych kosztów związanymi z przeprowadzaniem rozwodu.

Brak legalizacji związków zależy również od kultury, związanych z nią tradycji. Na przykład w Chinach propaguje się małżeństwo, które ma w większości charakter trwały. Wcześniejsze tradycje konkubinatów były ostro eliminowane. Natomiast w Szwecji i Danii kohabitacja jest zjawiskiem wpisanym niejako w tradycję tych krajów. Zamieszkiwanie par bez ślubu było tam popularne już w XVI w. Obecnie w krajach skandynawskich kohabitowanie przed ślubem czy bez ślubu jest postrzegane jako zgodne z normą obyczajową (Slany, 1990; Kwak, 2005). Krajem, w którym popularne są zarówno zachowania tradycyjne, jak i alternatywne, jest Japonia. Zwana jest ona „krajem z papieru i stali”;

metafora ta pokazuje ten kraj na styku dwóch rodzajów wartości i postaw – tradycyjnych, japońskich oraz ultranowoczesnych, zglobalizowanych (Umeda, Kawakami, 2012).

Mniej zachęt do trwałych związków stwarzają partnerom te kultury, w których jednakowy dostęp do dóbr, a tym samym poczucie niezależności, mają zarówno kobiety, jak i mężczyźni (Buss, 2003). Zatrudnianie kobiet prowadzi do wzrostu ich zadań i oczekiwań, co naturalnie ogranicza realizację ról żony i matki. Z kolei niezależność ekonomiczna kobiet wzmacnia ich autonomię. Mąż nie jest obecnie postrzegany jako konieczne źródło opieki i bezpieczeństwa finansowego; stąd małżeństwo nie jest już dla kobiety najważniejsze.

W krajach o nastawieniu indywidualistycznym popularność związków nieformalnych wzrasta. Takie wybory kreowane są również przez media. Modne stają się niezależny styl życia, wysokie oczekiwania, atrakcyjność głównie zewnętrzna, zmiany partnerów. Szczególnie osoby młode poszukują wylansowanego przez media partnera. Zewnętrzne walory i gotowość seksualna, to często jedyne kryteria doboru par, niestanowiące podstawy do budowania trwałego związku. Zdaniem Droblik-Vorobei (2005) erotyzacja obecnych związków prowadzi do dewaluacji małżeństwa.

Niezwykle ważne są również okoliczności związane z podejmowaniem decyzji o kohabitacji. Bywa, że okres randek zredukowany jest do kilku spotkań. Partnerzy szybko przechodzą do kohabitowania. Nie jest to kwestia dyskutowana, uwzględniająca wspólne ustalenia i zasady, ale dezyzja podejmowana spontanicznie. Wizyta partnera wiąże się z jego pozostaniem – wprowadzeniem się. Zwraca się uwagę na fenomen „wpadania w kohabitację” bez zdawania sobie sprawy z konsekwencji takiej formy wspólnego życia. Osoby, które twierdzą, że „wpadły w kohabitację”, będą odczuwały niższą jakość związku niż te, których decyzja była przemyślana i poprzedzona wspólnymi ustaleniami (Stanley, Rhoades, Markman, 2006).

Przyczyn kohabitacji u młodych dorosłych należy poszukiwać także w ich doświadczeniach wyniesionych z rodziny pochodzenia. Uznaje się, że czynnikiem decydującym o przedkładaniu kohabitacji nad małżeństwo może być forma i jakość związku rodziców. Dzieci pochodzące z rodzin rozbitych, kohabitujących czy konfliktowych, częściej, jako dorośli, będą wybierały kohabitację (King, Scott, 2005; Kline i in., 2004; Janicka, 2006).

Potwierdzono, że struktura rodziny może wyznaczać określone zachowania jednostki i jej nastawienia do bliskich związków interpersonalnych. Rozwód rodziców jest w życiu młodych ludzi ważnym wydarzeniem, które może mieć wpływ na ich stosunek do instytucji małżeństwa (Martin i in., 2003). Zwykle młodzi dorośli, których rodzice się rozwiedli, rzadko decydują się na trwały związek. Dążą do bliskości, która często ma charakter przypadkowy. Z kolei obecność obojga rodziców jest związana z późniejszą inicjacją seksualną i dłuższym czasem przebywania w domu rodzinnym (za: Martin, Martin, Martin, 2001; Izdebski, 2012). Szczególne znaczenie ma rodzina pochodzenia mężczyzny. Badania przeprowadzone na 1000 heteroseksualnych mężczyznach w wieku 25–34 lat, dowiodły, że tylko mężczyźni z rodzin pełnych i posiadający ojców zaangażowanych w ich wychowanie byli zorientowani na długotrwały i formalny związek. Małżeństwo takich mężczyzn również okazuje się trwałe i stabilne, nawet w sytuacji, gdy żona pochodzi z rodziny rozbitej (Popenoe, Whitehead, 2004). Zbadano również percepcję związków kohabitacyjnych i małżeńskich u dorosłych wywodzących się z rodzin pochodzenia zgodnie i niezgodnie żyjących. Okazało się, że doświadczenia rodziców związane z separacją, kohabitacją, jakością małżeństwa mają wpływ na stosunek do rozwodów ich dzieci jako młodych dorosłych (Kapinus, 2003).

Wyniki badań wykazują, że nieprawidłowa struktura rodziny oraz często z nią związane niewłaściwe wzorce zachowań rodziców ostatecznie powstrzymują młodych dorosłych przed legalizacją związku. Martin i współpracownicy (2001) zwracają uwagę na transmisję nietradycyjnych stylów życia. Młodzi ludzie, czując się nieprzygotowani do dorosłego życia w rodzinie, wybierają kohabitację i przedmałżeński seks. Z dużym prawdopodobieństwem przewiduje się, że ich dzieci również będą kohabitowały.

2.3. Charakterystyka osób kohabitujących

Podejmowanie określonych ról oraz dokonywanie wyborów życiowych zależy od cech indywidualnych danej osoby. O kohabitacji mogą decydować wiek, płeć, wykształcenie, ale również ukształtowana w wyniku

rozwoju jednostki określona filozofia życiowa, które określają jednocześnie motywy współzamieszkiwania bez ślubu.

Wiek wyznacza zwykle określone oczekiwania i reguły funkcjonowania jednostki. Okazuje się, że niemałżeńskie wspólnoty są atrakcyjne przede wszystkim dla partnerów młodych (de Jong Gierveld, 2004; Kwak, 2005; Reinhold, 2010). Badania prowadzone w Niemczech (Nave-Herz, 2002) oraz w Polsce (Janicka, 2003, 2006, 2011) ujawniają, że istnieje relatywnie mniej związków nieformalnych, których partnerzy byliby w wieku 45 i więcej lat. W Stanach Zjednoczonych w związkach partnerskich jest ponad połowa kobiet między 19 a 44 r.ż. (Reinhold, 2010). Dla osób młodych wybór kohabitacji stanowi próbę uniezależnienia się od rodziców (Lonardo i in., 2010), a jednocześnie demonstrację dorosłości i niechęć do całożyciowych deklaracji. Bywa że bezpośrednią przyczyną wchodzenia w związki niemałżeńskie jest również wczesny wiek inicjacji seksualnej. Kohabitacja stanowi tu swoistą praktykę przedmałżeńską, która nie sprzyja stabilizacji.

Kohabitacje podejmowane są również przez osoby dojrzałe. Późne kohabitacje tworzą zwykle osoby rozwiedzione, pozostające poza związkami małżeńskimi, samotne, rzadziej owdowiałe. Uznaje się, że wiek istotnie wpływa na trwałość związków kohabitacyjnych. Z badań King i Scott (2005) przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że kohabitują również osoby powyżej 50 r.ż. Związki starszych dorosłych są bardziej stabilne niż młodszych. Autorzy wyjaśniają, że osoby starsze są bardziej cierpliwe, dojrzałe, spędzają z partnerem więcej czasu, mają mniejsze wymagania i oczekiwania i rzadziej niż młodsi rozważają zakończenie związku. Mimo że z reguły starsze pokolenie wykazuje mniejszą skłonność do akceptacji związku nieformalnego, ponieważ dorastało wtedy, gdy kohabitacja nie była popularna, a nawet niezgodna z normą obyczajową, to jednak te osoby, które miały nieudane małżeństwo, rzadziej decydują się na legalizację nowego związku. Różnice dotyczą również postawy wobec związku – starsi częściej spostrzegają związek nieformalny jako alternatywę do małżeństwa, młodsi jako wstęp do niego. Z kolei de Jong Gierveld (2004) podaje, że osoby po 55 r.ż. rzadziej decydują się na ponowne związki niż osoby młodsze. Jeżeli jednak taka decyzja zostanie podjęta, to częściej wybierają małżeństwo lub związek typu LAT.

Płeć różnicuje motywację do kohabitowania i doświadczenia z nią związane. Kohabitacja jest chętniej wybierana przez mężczyzn niż przez kobiety. W grupie 1568 badanych, mężczyźni kohabitowali częściej niż kobiety (41% do 10%) (de Jong Gierveld 2004). Na podstawie badania grup fokusowych i pogłębionych wywiadów wyróżniono motywy kohabitowania różne dla kobiet i mężczyzn. Seks jako istotny motyw współzamieszkiwania cztery razy częściej podawali mężczyźni niż kobiety. Kobiety spostrzegają kohabitację jako etap poprzedzający małżeństwo. Dla mężczyzn wspólne zamieszkiwanie nie musi być uwieńczone małżeństwem. Różnice dotyczyły również podawanych przez kobiety i mężczyzn wad związanych z kohabitowaniem. Dla kobiet były to: mniejsze zaangażowanie i unikanie małżeństwa ze strony partnera, jego wygoda i bierność oraz doświadczanie dezaprobaty społecznej. Dla mężczyzn – ograniczanie wolności w porównaniu z sytuacją singla, poczucie utraty wolności, również seksualnej, wymagania zmian w obszarze autonomii dotyczącej aktywności społecznej i wyboru przyjaciół. Ostatecznie można podsumować, że kohabitujące kobiety pragną małżeństwa, a kohabitujący mężczyźni stałej partnerki i seksu. Z kolei głównym powodem unikania kohabitacji przez kobiety jest to, że nie wiąże się ona ze wzrostem zaangażowania partnera, a w przypadku mężczyzn, że wymaga dalszego zaangażowania. Wskazano również na podobieństwa motywów kohabitowania. Dla kobiet i mężczyzn tak samo ważne okazały się: spędzanie większej ilości czasu razem, dzielenie kosztów utrzymania, sprawdzanie wzajemnego dopasowania się, chęć opuszczenia domu rodzinnego, miłość, wypłacalność finansowa partnera, czyniąca go bardziej atrakcyjnym jako kandydata do kohabitacji (Huang i in., 2011). Niewątpliwie atrakcyjność związków nieformalnych wynika z tego, że nie ograniczają one partnerów obowiązkami i zależnością. Zdaniem Jamieson i współpracowników (2002) chęć zachowania niezależności, swobody, braku zobowiązań, stanowi główny motyw, dla kobiet i mężczyzn, nielegalizowania związku.

Z dotychczasowych badań wynika, że częściej kohabitacja występuje u osób z niższym wykształceniem, pozbawionych stabilizacji zawodowej i finansowej Okazuje się, że ta prawidłowość bardziej odnosi się do mężczyzn, którzy decydują się na ślub dopiero po osiągnięciu odpowiedniej pozycji zawodowej i finansowej, co w ich mniemaniu daje im szansę na

założenie rodziny i jej utrzymanie (Williams, Kabamalan, Ogena, 2007). Kobiety, niezależnie od wykształcenia, dążą do trwałego, zalegalizowanego związku. Pozycja mężatki dla kobiety jest nadal pozycją lepszą, bardziej pożądaną i bardziej akceptowaną społecznie niż pozycja partnerki. Zgodnie z wynikami badań (Janicka, 2006), czasowe traktowanie kohabitacji negatywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa, zwłaszcza kobiet. Zdaniem Stanley, Rhoades i Markman (2006) bezpieczeństwo i pewność odnośnie do przyszłości związku jest typem bezpieczeństwa najważniejszym dla zdrowia partnerów.

Nie bez znaczenia jest też określona filozofia życiowa związana z negowaniem tradycji i obyczajów. Badania ujawniły, że grupę kohabitujących tworzą ludzie o liberalnych poglądach. Nie uwzględniają oni wartości związanych z rodziną i odrzucają podział obowiązków domowych ze względu na płeć (Nave-Herz, 2002; Slany, 2006); charakteryzuje ich również niska religijność lub jej brak (Lee, Ono, 2012).

2.4. Przedślubna kohabitacja a małżeństwo

Większość młodych dorosłych spostrzega kohabitację jako niezbędny etap wspólnego życia, mający lepiej przygotować ich do małżeństwa. Stwierdzono, że 50,4% badanych ma pozytywny stosunek do kohabitacji, a 48,7% chciałoby mieszkać z partnerem przed zawarciem małżeństwa (Martin i in., 2003).

Badania wskazują, że przedślubna kohabitacja nie rokuje pozytywnie dla jakości i stabilności związku małżeńskiego (Holman i in., 2001; Jamieson i in., 2002; Johnson i in., 2002; Kiernan, 2002; Teachman, 2003; Nave-Herz, 2003; Martin, Martin, Martin, 2001; Cobb, Larson, Watson, 2003; Kamp Dush, Cohan, Amato, 2003; Stanley, Whitton, Markman, 2004; Xu, Hudspeth, Bartowski, 2006; Rhoades, Stanley, Markman, 2009a). Znajduje to potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych również w Polsce (Janicka, 2011), które wykazały, że zadowoleni z małżeństwa są ci partnerzy, którzy nie mieszkali razem przed ślubem. Przedślubna kohabitacja nie wpływa na jakość małżeństwa widzianą przez mężczyzn, natomiast może decydować o jakości małżeństwa według kobiet. Mężatki

kohabitujące przed ślubem są bardziej niezadowolone z małżeństwa niż te, które przed ślubem nie kohabitowały. Utrwalone w czasie przedślubnej kohabitacji niezależne wzorce funkcjonowania ograniczają możliwości adaptacji do trwałego związku oraz podjęcia ról męża i żony. Skutkuje to niezadowoleniem szczególnie kobiet, które mają większe oczekiwania związane z małżeństwem. Ogólne porównanie badanych małżeństw wykazało, że te poprzedzone kohabitacją (która trwała minimum rok) charakteryzują wyższe wskaźniki niezadowolenia, niż te, które nie kohabitowały przed ślubem.

Wiele par decyduje się na wspólne zamieszkiwanie bez wcześniejszego uzgodnienia, co to ma oznaczać dla ich związku. Te kohabitacje trwają niekiedy bardzo długo, co obniża szanse takiej pary na legalizację związku. Inny skutek może mieć kohabitacja pozaręczynowa, dotycząca osób planujących zalegalizowanie związku w krótkim czasie i zdeklarowanych przez zaręczyny – kohabitacja poprzedzająca małżeństwo i zwykle będąca czasem przygotowań do ślubu oraz organizacji wspólnego życia. Stąd uznano, że badanie wpływu kohabitacji na małżeństwo wymaga uwzględnienia dwóch grup partnerów – tych, którzy kohabitują przed zaręczynami i tych kohabitujących po zaręczynach – ponieważ każda z tych sytuacji wyznacza inną jakość i perspektywy związku (Kline i in., 2004). Okazało się, że najbardziej niekorzystna jest kohabitacja przedzaręczynowa. Osoby tak kohabitujące charakteryzuje większe nasilenie negatywnej interakcji, wyższy poziom agresji słownej, większe ryzyko wystąpienia przemocy fizycznej, większe trudności z rozwiązywaniem konfliktów, niższa pewność co do wspólnej przyszłości i niższe zaangażowanie w związek, niż osoby kohabitujące po zaręczynach i osoby poślubione bez doświadczeń kohabitacji. Te niekorzystne zachowania, u osób kohabitujacych przed zaręczynami, utrzymują się również po ślubie. Kohabitacja przed małżeństwem nie jest więc najlepszym sposobem na testowanie relacji (ibid.).

Ryzyko wystąpienia kłopotów małżeńskich w przypadku przedślubnej kohabitacji wynika z motywacji do małżeństwa, którą często kierują się współzamieszkujące pary. Rzadko jest to wzajemna miłość i chęć spędzenia ze sobą reszty życia, ale zależność wynikająca z posiadania wspólnego mieszkania, wspólnie zgromadzonych dóbr. Dodatkowym argumentem staje się presja znajomych i rodziny lub niepokój, że trudno będzie stworzyć

nowy związek. Przyjmuje się teorię, według której kohabitacja nie osłabia związku, ale sprawia, że słabsze, niepewne związki przekształcają się w małżeństwa, co nie powinno się zdarzać. Badania dowiodły, że kohabitacja ma istotny wpływ na satysfakcję, komunikację, zaufanie i poświęcenie. Wszystkie te zmienne okazały się mniej korzystne dla małżonków, którzy kohabitowali przed zaręczynami (Rhoades, Stanley, Markman, 2009b).

Kolejne wyniki badań ujawniają mniejsze zaangażownie partnerów, którzy kohabitowali przed ślubem, co skutkuje niższym ich zaangażowaniem po ślubie, a w efekcie wyższym wskaźnikiem rozwodów. Wzajemne spostrzegane zaangażowanie partnerów jest związane z poczuciem satysfakcji ze związku (Kline i in., 2004). Płeć może wyznaczać różnice spostrzegania związku, inne cele wejścia w związek, a tym samym określać poziom zaangażowania. Badania wykazują, że mężowie, którzy kohabitowali przed ślubem, są mniej zaangażowani w związek niż ich żony. Mężczyźni, którzy kohabitowali przed zaręczynami, osiągają najniższe – i niższe niż ich partnerki – wyniki w zaangażowaniu. Wyniki te nie zmieniły się w kolejnych punktach czasowych, tj. po zawarciu małżeństwa i po roku jego trwania. Zatem zależności zaobserwowane przed ślubem zdają się być stabilne również po zawarciu związku małżeńskiego. Kobiety kohabitujące (nawet przed zaręczynami) są bardziej zaangażowane w związek niż ich partnerzy. Okazuje się, że płeć jest moderatorem zależności między przedślubną kohabitacją i poziomem zaangażowania charakteryzującym małżonków zarówno przed ślubem, jak i w ciągu początkowych lat trwania małżeństwa (Rhoades, Stanley, Markman, 2006). Zaangażowanie stanowi istotny czynnik integracji związku. Osoby bardziej zaangażowane więcej inwestują w swoje związki przez udział w pracach domowych oraz podejmowanie ról rodzinnych (Ciabattari, 2004). Podobne wyniki uzyskano, odwołując się do teorii równości[1] w związkach, opisywanej w perspektywie psychologii społecznej. Stwierdzono, że pary narzeczonych mają najwyższy poziom satysfakcji w związku, a pary nienarzeczonych najniższy. Postrzeganie zarówno sprawiedliwości, jak i satysfakcji ze związku jest najmniej korzystne w relacjach par kohabitujących niebędących narzeczonymi (Joyner, 2009).

Badania obejmowały również wpływ kohabitacji na drugie (porozwodowe) małżeństwo. Wykazały one, że kohabitacja zarówno przed pierwszym, jak i przed drugim małżeństwem obniża jego jakość i zwiększa ryzyko rozwodu. Zadowolenie z małżeństwa jest o 29% niższe u rozwodników kohabitujących niż u niekohabitujących przed ponownym ślubem. Zadowolenie jest także niższe u osób kohabitujacych tylko z jednym partnerem przed zawarciem ponownego małżeństwa niż u osób niekohabitujących. Ta sama prawidłowość odnosi się do stabilności małżeństwa. Jest ona o 67% niższa u kohabitujących przed drugim ślubem rozwodników, oraz o 63% niższa u kohabitujacych przed pierwszym ślubem niż u osób niekohabitujących. Stabilność jest o 62% niższa u osób kohabitujacych po rozwodzie tylko z jednym partnerem i o 96% niższa u rozwodników kohabitujacych z wieloma partnerami niż u tych rozwodników, którzy nie kohabitowali przed ponownym zawarciem małżeństwa (Xu, Hudspeth, Bartkowski, 2006). Podobne rezultaty uzyskano w późniejszych badaniach. Osoby kohabitujące przed zaręczynami wykazywały niższą jakość małżeństwa, więcej negatywnych interakcji i większą skłonność do rozwodu w przypadku pierwszego małżeństwa, w porównaniu do osób, których małżeństwo nie było poprzedzone kohabitacją i tych, które kohabitowały po zaręczynach. W przypadku drugiego małżeństwa pary kohabitujace po zaręczynach, przed drugim ślubem, niżej oceniały jakość małżeństwa. Autorzy badań tłumaczą to różnicą znaczenia samych zaręczyn w przypadku pierwszego i drugiego małżeństwa. W pierwszym związku zaręczyny to krok do przodu, który w krótkim czasie prowadzi do małżeństwa. W przypadku osób po rozwodzie, zaręczyny to gest wyrażający deklarację, przywiązanie, ale nie musi prowadzić do wzięcia ślubu (Stanley i in., 2010).

Steffen Reinhold (2010) nie kwestionuje wyników dotychczasowych badań wskazujących na związek między przedślubną kohabitacją a niestabilnością małżeńską. Uważa również, że decyzja o małżeństwie bez wcześniejszej kohabitacji jest bardziej odpowiedzialna, i że taki związek jest bardziej wiążący, bo pozbawiony możliwości łatwego rozstania, co w większym stopniu eliminuje te osoby, które nie spełniają wymaganych kryteriów. Autor uważa jednak, że należy inaczej traktować współczesne przedmałżeńskie korezydowanie, ponieważ ma ono coraz mniejszy wpływ na niepowodzenie małżeństwa. Kohabitacja stała się tak powszechną formą

życia pary, że nie dotyczy tylko osób, które mają cechy predysponujące do niepowodzeń w trwałym związku. Uważa, że inne były kohabitacje i pokohabitacyjne małżeństwa zawarte przed 1993 r. – bardziej zagrożone dezintegracją; natomiast małżeństwa pokohabitacyjne zawarte później wiążą się z mniejszym ryzykiem niepowodzenia związku.

Niewątpliwie kohabitacja nie jest dobrą formą weryfikacji związku, jeżeli para ma wątpliwości odnośnie do jego legalizacji. Badania dowodzą, że 2/3 takich kohabitujących wcześniej małżeństw się rozwodzi. Ocenia się, że bardziej diagnostyczne są wątpliwości kobiet niż mężczyzn i że częściej prowadzą do rozwiązania małżeństwa. Małżonkowie mający wątpliwości wchodzą w związek z niższą satysfakcją, która też szybciej ulega obniżeniu (Lavner, Karney, Bradbury, 2012).

Współczesne teorie rozwoju rodziny powinny uwzględniać kohabitację jako stadium poprzedzające (lub nie) związek zalegalizowany lub jako okres przejściowy między etapem randkowania a małżeństwem. W dalszym ciągu normatywne etapy rozwoju rodziny pomijają ten ważny okres wspólnego życia pary, który – jak się okazuje – może stanowić o prognozach dotyczących jakości i trwałości małżeństwa, ale również o podejmowaniu właściwych działań dotyczących profilaktyki i terapii par.

2.5. Kohabitacja a rokowania odnośnie do trwałości związku

Podjęto próbę wyjaśnienia niekorzystnych rokowań dla trwałości związków kohabitacyjnych oraz, poprzedzonych kohabitacją, małżeńskich. Za przyczyny niepowodzeń uznano: specyficzne cechy indywidualne osób kohabitujacych i/lub specyfikę związku kohabitacyjnego. W ramach pierwszej grupy przyczyn mamy do czynienia z tzw. **efektem selekcji** (Bennett, Blanc, Bloom, 1988; Hall, Zhao, 1995; Popenoe, Whitehead, 2004; Reinhold, 2010; Horn i in., 2013), polegającym na tym, że osoby wybierające kohabitację mają cechy uniemożliwiające im funkcjonowanie w trwałym związku. W drugiej grupie przyczyn występuje **efekt kohabitacji.** Polega on na tym, że doświadczanie kohabitacji wzmacnia tymczasową naturę związku, co zwiększa ryzyko braku stabilności

w kohabitacji, a także w pokohabitacyjnym małżeństwie (Brown, Booth, 1996; Smock, 2000; Xu, Hudspeth, Bartkowski, 2006; Mortensen i in., 2012).

2.5.1. Efekt selekcji

W przypadku efektu selekcji podaje się szczególne cechy osób kohabitujących związane z ich liberalnymi poglądami, takie jak: słabo określone role odnośnie do płci czy brak tradycyjnych zachowań w rolach, swoboda i niekonwencjonalne zachowania seksualne, nieprzywiązywanie wagi do tradycji i wartości rodzinnych, jak również niska religijność lub jej brak oraz cenienie czasu wolnego i niezależności, co skutkuje mniejszym zaangażowaniem. Badania wykazują, że osoby wybierające kohabitację różnią się od żyjących w małżeństwie również takimi cechami, jak wiek, wykształcenie, dochód. Osoby kohabitujące są młodsze, mają niższe wykształcenie i niższe dochody, ale jednocześnie wyższe oczekiwania materialne niż małżonkowie (patrz wcześniej podrozdz. 2.3). Wspomniane cechy mogą przyczyniać się do gorszych relacji między partnerami będącymi w związkach nieformalnych (Waite, Joyner, 2000; Stanley, Rhoades, Markman, 2006; Hsueh, Morrison, Doss, 2009; Stanley i in., 2010). Odwołując się do efektu selekcji, uwzględnia się również problemy psychiczne partnerów kohabitujacych, ich trudności przystosowawcze oraz skłonność do zachowań ryzykownych, co ma uzasadniać ich trudności w budowaniu trwałych związków (Horn i in., 2013; Kamp Dush, 2013). Nie można jednak wykluczyć, że bycie w związku o niskiej jakości niekorzystnie wpływa na zdrowie psychiczne partnerów (Kamp Dush, Taylor i Kroeger, 2008)

Proces „społecznej selekcji” dotyczy i małżeństw, i związków kohabitacyjnych. **Selekcja do małżeństwa pozytywna** oznacza, że osoby szczęśliwe i zdrowe wybierają zalegalizowany związek. **Selekcja od małżeństwa negatywna** oznacza wyższą tendencję do rozwodów i zrywania u osób nieszczęśliwych. Zgodnie z **teorią społecznej kontroli** świadomość stabilnego związku może powodować, że partnerzy lepiej radzą sobie z sytuacjami trudnymi. Z kolei **teoria interakcji statusu** zakłada negatywne efekty małżeństwa i kohabitacji u ludzi młodych na skutek stresu związanego ze zmianą stylu życia. Okazuje się jednak, że

w kolejnych latach trwania związku efekt negatywny ustępuje efektowi pozytywnemu – osoby zaadaptowane do nowej sytuacji odbierają ją jako pozytywną (Mastekaasa, 2006).

2.5.2. Efekt kohabitacji

Kohabitacja stanowi ryzyko dla trwałości zarówno związku nieformalnego, jak i przyszłego małżeńskiego. Badania (Stanley, Whitton, Markman, 2004; Stanley, Rhoades, Markman, 2006; Janicka, 2009b) potwierdzają, że im dłużej trwa kohabitacja, tym większe ryzyko niepowodzenia związku przedmałżeńskiego (**efekt przedmałżeńskiej kohabitacji**) i małżeńskiego (**efekt kohabitacji**). Efekt przedmałżeńskiej kohabitacji jest najsilniejszy u tych par, które nie podjęły żadnych oficjalnych decyzji i zobowiązań dotyczących wspólnej przyszłości (Rhoades, Stanley, Markman, 2009b). Kohabitacja prowadzi do mniejszego zainteresowania instytucją małżeństwa, partnerzy dostrzegają mniejszą liczbę powodów legalizowania związku. Bywa tak, że osoby pozostające w związku nieformalnym wykazują mniejsze, niż przed wejściem w kohabitację, zainteresowanie poślubieniem swojego partnera (Rhoades, Stanley, Markman, 2012b).

Innym czynnikiem prowadzącym do efektu kohabitacji i niewątpliwie go wzmacniającym jest seryjna kohabitacja. Badania dowiodły, że pary z doświadczeniem wielokrotnej kohabitacji wykazywały więcej niż małżeństwa niepoprzedzone kohabitacją zachowań polegających na stosowaniu: przymusu i kontroli, agresji werbalnej, negatywnej eskalacji zachowań. Z kolei pary, które nie kohabitowały przed ślubem, ujawniały więcej zachowań z kategorii wspierajacych i pomocowych. Wyniki badań dowodzą, że przedmałżeńska, zwłaszcza wielokrotna, kohabitacja wiąże się z bardziej destrukcyjnymi i sprzyjającymi podziałom zachowaniami komunikacyjnymi w trakcie małżeństwa, mogącymi przyczynić się do pogorszenia relacji małżeńskiej. Otwarty charakter związków kohabitacyjnych może negatywnie wpływać na zaangażowanie w związek ze względu na większe przyzwolenie na rozstanie partnerów, a tym samym na mniejszą staranność o rozwijanie konstruktywnej komunikacji (Cohan, Kleinbaum, 2002).

Stanley, Rhoades i Markman (2006) podkreślają, że ważne jest włączenie w aktualny model badań nad efektem kohabitacji pomiarów dotyczących

zaangażowania (patrz dalej podrozdz. 2.6). Niski poziom zaangażowania partnerów, pozbawiony więzi interpersonalnej oraz inwestycji mających na celu podtrzymywanie związku, może odwlekać decyzję o małżeństwie i przyczyniać się do „wpadania w kohabitację" lub wiązać się z ryzykiem rozwodu czy kryzysu w małżeństwie.

Efekt kohabitacji, dotyczący niepowodzeń pokohabitacyjnych małżeństw, wiąże się również ze zjawiskiem **inercji**. Polega ono na tym, że współzamieszkujące pary, które nie zamierzały zawierać związku małżeńskiego, w efekcie kończą jako małżeństwo. Zwykle wyjaśniają one, że nie zawarłyby małżeństwa, gdyby wcześniej nie kohabitowały. Decyzja podejmowana jest mimo odczuwanej w obecnym związku niskiej satysfakcji i determinowana jest powiązaniami partnerów (np.: wspólne zobowiązania finansowe, mieszkanie, długi czas bycia razem, ciąża czy posiadanie zwierzęcia) oraz presją społeczną, co powoduje, że para nie potrafi się rozstać i legalizuje związek. Pary takie obarczone są wyższym ryzykiem występowania problemów małżeńskich. Wykazano, że zmiana statusu związku z randkującego na kohabitujący również skutkuje zjawiskiem inercji. Po wspólnym zamieszkaniu spada jakość związku, co objawia się wzrostem negatywnej komunikacji (Kline i in., 2004; Stanley, Rhoades, Markman, 2006; Rhoades, Stanley, Markman, 2012b). Nawet przy niskiej satysfakcji w związku partnerom trudno się rozstać, co wymusza dalszą kohabitację lub prowadzi do małżeństwa. Tu nasuwa się analogia do działania **efektu utopionych kosztów** – osobom długo kohabitującym trudniej podjąć decyzję o rozstaniu ze względu na wspólnie spędzony czas i zaangażowanie w związek (w: Stanley i in., 2010).

Opisane wcześniej czynniki znaczące dla efektu kohabitacji zostały uporządkowane w tabeli 2.2.

TABELA 2.2

Czynniki efektu kohabitacji

Staż bycia w związku kohabitacyjnym i małżeńskim sumuje się, stąd partnerzy szybciej wkraczają w fazę kryzysu małżeńskiego
W czasie trwania kohabitacji zmienia się wartość partnera, co koresponduje z możliwością opuszczenia związku. Takie przeświadczenie wpływa niekorzystnie na zawarte po kohabitacji małżeństwo

Kohabitujący nie widzą swego związku w kategoriach długodystansowego szczęścia i zaangażowania, czego efektem jest niższa jego jakość. Daje to mniejsze zaangażowanie w instytucję małżeństwa i większe ryzyko rozwoju problematycznego małżeństwa
Indywidualistyczne nastawienie partnerów, rozwinięte w trakcie kohabitacji, powoduje, że trudności w małżeństwie rozwiązywane są częściej przez rozwód lub separację
Kohabitacja może wymuszać decyzję o małżeństwie, nawet wtedy, gdy para nie zamierzała legalizować związku (zjawisko inercji), co stanowi zwykle o niepowodzeniu małżeństwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cohan, Kleinbaum (2002); Kline i in. (2004); Stanley, Rhoades, Markman (2006); Rhoades, Stanley, Markman (2012b).

Prezentowane wyniki badań wskazują, że osoby przejawiające takie cechy, jak nastawienie indywidualistyczne i brak zaangażowania, wybierają związek kohabitacyjny, który jednocześnie wzmacnia wspomniane cechy, co może uniemożliwiać trwałe i satysfakcjonujące funkcjonowanie zarówno w związku niezalegalizowanym, jak w i pokohabitacyjnym małżeńskim.

Atrakcyjność związków nieformalnych wynika z tego, że promują myślenie i działanie skoncentrowane na „ja", a nie na „my" oraz nie ograniczają partnerów obowiązkami i zależnością. Stąd przekształcenie kohabitacji w małżeństwo zwykle spostrzegane jest przez partnerów jako utrata autonomii. Potrzeba jej zachowania powstrzymuje przed odpowiedzialnym podejmowaniem ról związanych z funkcjonowaniem małżeństwa, co nie rokuje dla niego korzystnie.

2.6. Zaangażowanie w relację a trwałość związków intymnych

Trwałość intymnych związków interpersonalnych (kohabitacyjnych i małżeńskich) oceniana jest w perspektywie teorii zaangażowania. Zaangażowanie w relacji wyraża się w decyzjach, myślach, uczuciach i działaniach, które są ukierunkowane na to, by umocnić związek, uczynić go trwalszym i utrzymać mimo przeszkód (Wojciszke, 2003); na ogół jest kojarzone z kontynuacją związków zarówno szczęśliwych, jak

i nieszczęśliwych par (Pryor, Roberts, 2005); przejawia się przez chęć bądź obowiązek pozostania w związku (Rhoades i in., 2010) oraz odgrywa istotna rolę w procesie dopasowywania się partnerów (Rhoades, Stanley, Markman 2012b). Zaangażowanie jest podobnie rozumiane przez osoby kohabitujące i poślubione – jako lojalność, ale również odpowiedzialność i życie oparte na danym słowie (Pryor, Roberts, 2005; Schoebi, Karney, Bradbury, 2012).

2.6.1. Wybrane teorie zaangażowania

Biorąc pod uwagę fakt, że zarówno pary szczęśliwe, jak i nieszczęśliwe bywają silnie ze sobą związane, wskazuje się na różne wymiary zaangażowania uwzględniane w przedstawionych dalej teoriach.

Na przykład Johnson (1991, 1999 za Pryor, Roberts, 2005) opisuje zaangażowanie w trzech wymiarach. Pierwszy to osobiste zaangażowanie stanowiące o pozytywnych odczuciach w stosunku zarówno do partnera, jak i do związku z nim tworzonego. Drugi to moralne zaangażowanie budowane na wartościach i osobistych przekonaniach na temat znaczenia i powagi związku. Trzecim wymiarem jest zaangażowanie strukturalne, które odnosi się do ograniczeń związanych z opuszczeniem związku (ograniczenia emocjonalne, koszty materialne, brak aprobaty ze strony przyjaciół, rodziny). Zaangażowanie strukturalne i moralne są spostrzegane jako czynniki najbardziej powstrzymujące, niepozwalające rezygnować ze związku. Natomiast zaangażowanie osobiste odnosi się do chęci, intencji podtrzymywania związku.

Beck (2000) wskazuje na zaangażowanie pełne i niepełne. Pełne zaangażowanie związane jest z doświadczaniem trwałości związku, jego niezmienności. Wyznaczone jest oczekiwaniem pozostawania w związku bez względu na pojawiające się trudności czy problemy. Związek z partnerem jest nierozwiązywalny i zależnościowy w takim samym stopniu, jak związek z dzieckiem, rodzicami czy rodzeństwem. Niepełne zaangażowanie to takie, w którym jeden lub oboje partnerzy zakładają, że związek, choć spostrzegany jako trwały, może się rozpaść. Dominujące przeświadczenie o stabilności związku czy też – niekoniecznie uzasadnione – prognozowanie jego rozkładu, może wyznaczać poziom zaangażowania. O niepełnym zaangażowaniu nie musi decydować niekorzystna historia

związku, ale doświadczenia wyniesione z rodziny podstawowej (mój ojciec opuścił matkę, to mój mąż może podobnie się zachować i również mnie opuścić) lub doświadczenia społeczne (wszyscy moi znajomi rozwiązali swoje związki, to mój pewnie też się rozpadnie). Takie negatywne prognozy skłaniają do zachowań asekuracyjnych, zabiegania o siebie, a nie o związek, i nie sprzyjają rozwojowi zaangażowania. Okazuje się, że obawy powstrzymują jednostkę przed zaangażowaniem się, co z kolei może wzmacniać wspomniane obawy. Można przypuszczać, że niepełne zaangażowanie będzie częściej występowało w związkach kohabitacyjnych niż małżeńskich, co wyznacza natura tego związku, traktowanego jako czasowy, „na próbę" i mającego na celu zaspokajanie własnych potrzeb.

Inaczej klasyfikują zaangażowanie Rhoades, Stanley i Markman (2006, 2009a, 2012b) oraz Rhoades, Stanley, Kelmer i Markman (2010). Odwołując się do badań, Stanley i Markman (1992) wyróżnili dwa konstrukty teorii zaangażowania w związkach niepoślubionych – zaangażowanie interpersonalne określane jako **oddanie** (*interpersonal commitment*, *dedication*) oraz **zobowiązanie** (*constraint commitment*). Oddanie wiąże się z dążeniem do podtrzymywania związku przez dłuższy okres i wspólnego spędzania czasu, motywuje jednostkę do budowania i utrzymywania bliskiej relacji z drugą osobą. Oznacza wewnętrzne poczucie, że wraz z partnerem tworzona jest pewna całość. Priorytetem są tu potrzeby partnera/partnerki oraz związku, chęć poświęcania się dla niego/dla niej. Prowadzi do myślenia w kategoriach „my", pragnienia wspólnej przyszłości. Z kolei zobowiązanie to skłonność do angażowania się w zachowania związane z utrzymywaniem związku; odzwierciedla wszystkie te powiązania, których zerwanie spowodowałoby wyższe koszty niż pozostanie w związku. Zobowiązania związane są z presją i okolicznościami uniemożliwiającymi przerwanie relacji. To różnego rodzaju czynniki sprawiające, że zakończenie związku jest bardzo trudne. Takimi ograniczeniami mogą być np.: moralne powinności dotyczące bycia razem, wspólne mieszkanie, kwestie finansowe (przewidywanie trudności samodzielnego utrzymania się), posiadanie dzieci, presja ze strony rodziny, niedecydowanie się na rozwód z powodów religijnych, finansowa inwestycja w związek, zasoby połączone z zasobami partnera i trudności związane z ich podziałem, wspólne spłacanie kredytu, spostrzeganie relacji

innych par jako mniej pozytywnych. Wymienione, przykładowo, powody wyjaśniają, dlaczego związki trwają mimo braku satysfakcji partnerów.

2.6.2. Rola zaangażowania

Zgodnie z prezentowaną wcześniej teorią zaangażowania Stanley i Markman (1992), można wskazać na znaczenie jej wymiarów (zaangażowania interpersonalnego – oddania i zobowiązania) jako niezbędnych dla trwałości związku. Im większe zaangażowanie interpersonalne, oddanie partnerów, tym więcej pojawia się zachowań i inwestycji związanych z utrzymaniem związku, tj. zobowiązań, które z kolei wzmacniają zaangażowanie interpersonalne (ryc. 2.1).



RYCINA 2.1

Zaangażowanie interpersonalne a inwestowanie w związek

Źrodło: opracowanie własne na podstawie Stanley, Markman (1992).

Zaangażowanie pojawia się w kontekście zadowolenia ze związku. Im bardziej partnerzy są zadowoleni, tym bardziej angażują się w działania mające na celu podtrzymanie związku. Wspólne działania i oddanie stabilizują związek i wzmacniają zadowolenie partnerów z bycia razem. Należy więc sądzić, że wysoki poziom inwestycji w związek obniża ryzyko jego rozpadu lub prowadzi do pokohabitacyjnego małżeństwa (zjawisko inercji).

Oba rodzaje zaangażowania (oddanie i zobowiązanie) mogą dotyczyć zarówno związków kohabitacyjnych, jak i małżeńskich. W przypadku istnienia zobowiązania partnerzy nie rezygnują ze związku wtedy, gdy jego jakość jest niska, a bywa, że nawet wtedy, gdy występują niewłaściwe zachowania ze strony partnera. Potwierdzają to badania Rhoades, Stanley, Kelmer i Markman (2010), wskazujące na niższy poziom zaangażowania jako oddania oraz na większą ilość zobowiązań wśród osób, które kiedykolwiek spotkały się z agresją w związku. Wyniki takie są bardziej nasilone u osób, które doznały agresji w ciągu ostatniego roku. Najbardziej narażone na przemoc w związku okazały się kobiety między 20 a 24 r.ż., z niskimi dochodami. Ten ostatni czynnik może stanowić o pozostawaniu w związku i trzykrotnie zwiększa ryzyko doświadczania przemocy. Rhoades, Stanley i Markman (2012b) zaznaczają, że więcej incydentów agresji występuje wśród partnerów kohabitujacych, co potwierdzone zostało również w badaniach polskich (Janicka, 2006).

Prezentowane badania upoważniają do wnioskowania, że trwałość związków nie zawsze wiąże się z ich wysoką jakością. Model inwestycji opracowany przez Rusbult i współpracowników (w: Schoebi, Karney, Bradbury, 2012) wyjaśnia, dlaczego ludzie są nadal zaangażowani w nieudane relacje, trwają w związku, który nie jest satysfakcjonujący. Okazuje się, że związek może trwać i przynosić zadowolenie osobom, które go tworzą wtedy, gdy bilans kosztów i zysków znajduje się w stanie równowagi. Jeśli ulega zachwianiu, to zadowolenie spada, co może doprowadzić do rozpadu związku. Satysfakcja w związku nie tylko potęguje pragnienie pozostawania w zadowalającej relacji, ale również sprzyja działaniom korzystnym dla jego dalszego trwania.

Zaangażowanie przyczynia się do zadowolenia z relacji i stabilności związku, co widoczne jest w modelu inwestycyjnym. Komponent behawioralny zaangażowania – zobowiązanie – jest dobrym predykatorem i może być wskaźnikiem stabilności związku, natomiast komponent określany jako oddanie – pragnienie pozostawania w relacji – świadczy jedynie o chęci utrzymania relacji, o tym, że partnerzy nie podejmują kroków związanych z zakończeniem związku, ale również nie muszą czynić wysiłków związanych z utrzymywaniem relacji. Niepojawianie się koniecznych zachowań, takich jak np.: gotowość do poświeceń, podejmowanie rozmów na tematy trudne, umiejętność powiedzenia

„przepraszam”, może wystarczyć do zakłócenia relacji i doprowadzić do jej rozpadu. Zgodnie z modelem inwestycyjnym okazuje się, że wspomniane zachowania interpersonalne nie tylko zwiastują zmiany w satysfakcji, ale również odzwierciedlają skłonności do utrzymania relacji (ibid.).

2.6.3. Zaangażowanie partnerów kohabitujących i poślubionych

Wskazuje się na różnice zaangażowania partnerów będących w związkach kohabitacyjnych i małżeńskich. Pary kohabitujące opisują zaangażowanie jako istotne dla związku, ale jako najczęstszy powód bycia razem podają przede wszystkim pożądanie (Jamieson i in., 2002). Z kolei Pryor i Roberts, (2005) na podstawie przeprowadzonych w Nowej Zelandii badań stwierdzili, że różnice są widoczne przede wszystkim w tym, jak grupy postrzegają bariery powstrzymujące przed opuszczeniem związku. Kohabitujący partnerzy nie podawali żadnych argumentów uniemożliwiających im wyjście ze związku, co częściowo wyjaśnia, dlaczego kohabitacje są mniej stabilne od małżeństw. Małżeństwa dostrzegały zewnętrzne bariery powstrzymujące przed opuszczeniem związku, które nie ograniczały się do publicznej przysięgi, ale obejmowały również: brak akceptacji ze strony rodziny, przyjaciół oraz czynniki finansowe (Pryor, Roberts, 2005). Autorzy innych badań (Hsueh, Morrison, Doss, 2009) podają, że u par kohabitujących pojawia się więcej problemów związanych z zaangażowaniem. Dotyczą one: poprzednich związków, rozwiązywania konfliktów, niepewności o uczucia partnera, stawiania celów na przyszłość i określania wartości. Problemy te wpływają niekorzystnie na poziom zaangażowania partnerów. Zwykle okazuje się ono niższe niż u małżonków. Również w długookresowych badaniach (Rhoades, Stanley, Markman, 2012b) nie zauważono wzrostu zaangażowania u osób kohabitujących.

Relacja między partnerami kohabitujacymi jest bardziej intensywna, a zarazem bardziej ulotna niż między małżonkami (Hsueh, Morrison, Doss, 2009). W związkach kohabitacyjnych odnotowano mniejszą satysfakcję z relacji i bardziej negatywną komunikację (Janicka, 2006; Rhoades, Stanley, Markman, 2012b). Okazało się, że kohabitujacych partnerów charakteryzuje niższy niż u małżonków poziom wzajemnej komunikacji

oraz zachowania komunikacyjne o większej asertywności i mniejszej wrażliwości. Staż bycia w kohabitacji nie rokuje pozytywnie dla zadowolenia partnerów i ich wzajemnej komunikacji (Janicka, 2006).

Zmiana randkowania w kohabitację może prowadzić do częstszego uprawiania seksu, ale badania pokazują, że ta częstotliwość w miarę upływu czasu spada (Rhoades, Stanley, Markman, 2012b), co dotyczy również satysfakcji seksualnej (Janicka, 2008b). Ważne dla rozwoju zaangażowania, wzajemna zależność i poczucie bezpieczeństwa również okazały się niższe u partnerów kohabitujacych w porównaniu z poślubionymi (Janicka, 2006, 2008a; Hsueh, Morrison, Doss, 2009; Rhoades, Stanley, Markman, 2012b).

Kamp Dush (2013), porównując proces rozpadu związku małżeńskiego i kohabitacyjnego, przywołuje ekonomiczną teorię inwestowania w relację oraz model inwestycyjny. Zakładają one, że osoby, które są ze sobą słabiej związane i oczekują, że ich relacja może się skończyć, inwestują w nią mniej swoich zasobów. Tłumaczy to, dlaczego osoby żyjące w kohabitacji dokonują mniejszych inwestycji niż osoby żyjące w małżeństwie. Odwołując się do modelu inwestycji w związek, Kamp Dush, Taylor i Kroeger (2008) wyjaśniają, że osoby kohabitujące mogą doświadczać mniejszych problemów psychicznych po rozpadzie związku niż osoby po rozpadzie małżeństwa.

Należy wnioskować, iż poziom zaangażowania będzie zdecydowanie wyższy w związkach małżeńskich, ponieważ zakładają one wyższy poziom inwestycji, co wiąże się również z akceptacją ponoszonych kosztów. Osoby poślubione szybciej i chętniej podejmują role określane jako tradycyjne i związane z funkcjonowaniem rodziny. Kobiety zamężne lepiej sprawdzają się w roli gospodyni domowej, a mężczyźni żonaci okazują się bardziej odpowiedzialni i dbający o utrzymanie domu, rodziny. Większe zaangażowanie w role – szczególnie kobiet – poślubionych znajduje potwierdzenie w badaniach Baxter, Haynes i Hewitt (2010). Wykazały one, że po zawarciu małżeństwa liczba godzin poświeconych obowiązkom domowym wzrasta u kobiet, a maleje u mężczyzn. Kobiety zamężne wykonują więcej zadań domowych niż kohabitujące, a mężczyźni kohabitujący mniej niż samotni. W kolejnej fazie badania okazało się, że obowiązki domowe kobiet mężatek wzrosły, natomiast mężczyźni nadal mieli ich mniej. Badanie pokazuje, że liczba godzin poświęcanych na prace domowe drastycznie wzrasta wśród kobiet wchodzących w związki.

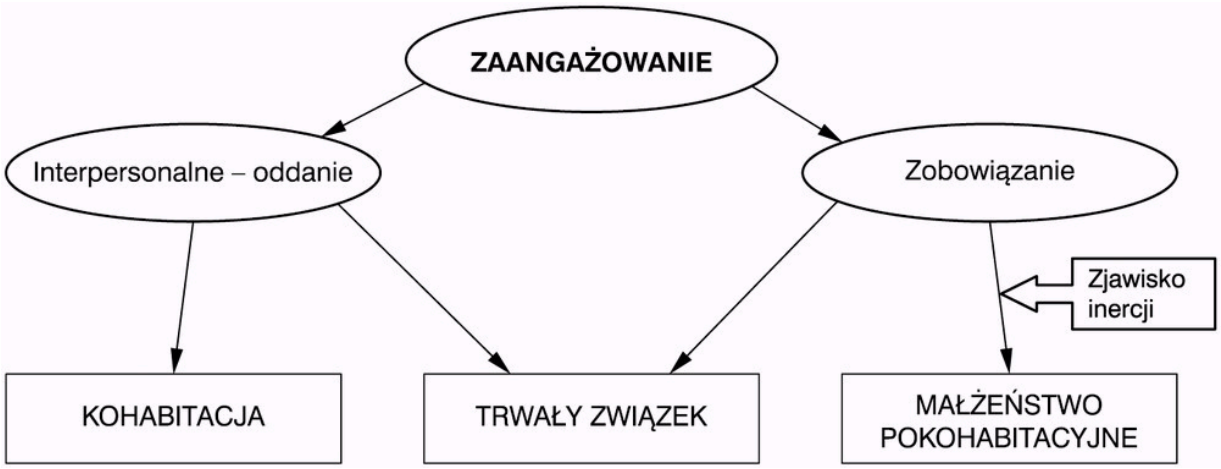
Autorki negują wcześniejsze badania dowodzące, że w związkach kohabitacyjnych przeradzających się w małżeństwa istnieje bardziej egalitarny podział obowiązków. Uważają, że wskazują na to jedynie niewielkie poszlaki. Wzorce rozwinięte w czasie kohabitacji zanikają z czasem trwania małżeństwa. Dla mężczyzn oznacza to zmniejszanie zakresu obowiązków, dla kobiet odwrotnie, co zbliża partnerów do tradycyjnego modelu małżeństwa. Lee i Ono (2012) podają, że tradycyjnie pełnione role płciowe są najsilniejszymi moderatorami szczęścia, wiążąc się z jego wyższym wskaźnikiem, szczególnie u mężczyzn żonatych. Odpowiedzialne podejmowanie ważnych i kompatybilnych ról stanowi również określoną inwestycję w związek i może blokować zamiar jego opuszczenia.

Schoebi, Karney i Bradbury (2012) zaznaczają, że zaangażowanie partnerów poślubionych ma szerszy wymiar również dlatego, że uwzględnia inwestycje w związek ich rodziców, co stanowi o wsparciu społecznym podtrzymującym związek, ale bywa, że też o zależności finansowej, lojalnościowej. Nie dotyczy to partnerów kohabitujących. Ich nastawienie na zyski, ograniczanie inwestycji i unikanie kosztów obniża zaangażowanie, a tym samym ułatwia wyjście ze związku.

Prezentowane wcześniej wyniki badań stanowią podstawę prognozowania odnośnie do trwałości związków w perspektywie teorii zaangażowania, co prezentuje rycina 2.2.

Związek kohabitacyjny jest intensywniejszy i charakteryzuje się wysokim poziomem oddania partnerów, ale w fazie początkowej trwania, tj. przy krótkim stażu (Janicka, 2006). Ograniczane inwestycje, co wiąże się z niskim poziomem zobowiązań, nie rokują dla kohabitacji korzystnie. Takie związki z czasem tracą na jakości i ulegają dezintegracji. Z kolei wzrost poziomu zobowiązań przy słabnącym zaangażowaniu interpersonalnym, rozumianym jako oddanie, prowadzi (zgodnie z teorią inercji) do pokohabitacyjnego małżeństwa, które jest zwykle mniej stabilne. Trwały, dobrze rokujący związek wymaga nie tylko pozytywnych oczekiwań, wzajemnego oddania, ale również inwestycji, które wzmacniają wzajemną zależność partnerów. Małżeństwo to związek, który od początku trwania zwykle opiera się na zaangażowaniu interpersonalnym rozumianym jako oddanie oraz na zobowiązaniach. Te ostatnie kreuje niejako sama zalegalizowana forma związku, w której ich zasięg bywa szerszy, ponieważ

dotyczą nie tylko samych małżonków, ale również ich najbliższej rodziny. Partnerzy chętnie inwestują w związek w poczuciu bezpieczeństwa związanego z przeświadczeniem, że będzie on trwał zawsze.



RYCINA 2.2

Model zaangażowania według Stanley i Markman (1992) i prognozy odnośnie do trwałości związku intymnego

Źródło: opracowanie własne.

Istota zaangażowania ma swe źródło w budowaniu wzajemnej zależności (psychicznej i finansowej/materialnej) partnerów. Stanowi ona niezbędny wymiar zadowalających relacji partnerów w bliskich związkach diadycznych. W psychologii jest ona łączona z dawanym i otrzymywanym wsparciem społecznym. Tak rozumiana zależność obejmuje poszukiwanie u partnera wsparcia (emocjonalnego, społecznego i informacyjnego). Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego dokonuje się przez zaspokajanie własnej potrzeby bezpieczeństwa i stabilizacji dzięki relacji oraz przez budowanie na niej swego poczucia wartości i tożsamości. Współzależność emocjonalna powoduje dążenie do bliskości i częstego kontaktu. Poszukiwanie wsparcia społecznego łączy się z pragnieniem, by partner towarzyszył w różnych formach aktywności, np.: wspólnych wyjściach na spacer, do teatru, kina, w spotkaniach towarzyskich, zakupach, podróżach. Wsparcie informacyjne przejawia się przekonaniem, że wszystkie decyzje powinny być przedyskutowane z partnerem, odczuwaniem dyskomfortu w sytuacji podejmowania decyzji bez jego udziału, potrzebą wspólnych

i częstych rozmów. U podłoża wsparcia leży zaspokojenie potrzeb partnerów, co wpływa na ich dobrostan psychiczny i fizyczny oraz umacnianie samego związku. Badania dowodzą, że żadne ze źródeł wsparcia nie dorównuje temu uzyskiwanemu w bliskich i intymnych związkach. Niska zależność jest czynnikiem pożądanym w interakcjach z innymi osobami, natomiast w przypadku związków bliskich wiąże się z obojętnością, dystansem i może prowadzić do dezintegracji związku. Wysoka zależność w takich związkach świadczy o wrażliwości interpersonalnej i afiliacji (Babiuch, Kriegelewicz, 2002). Okazuje się, że wspomniane rodzaje wsparcia zdecydowanie lepiej realizowane są w związkach małżeńskich niż w kohabitacyjnych, co spowodowane jest różnym stopniem zaangażowania partnerów w związek. Ponadto partnerzy kohabitujący są również mniej efektywni zarówno w pozyskaniu, jak i w dostarczaniu wsparcia. Nieefektywna wymiana wsparcia może prowadzić do konfliktów i zaniku więzi między partnerami, co nie sprzyja satysfakcji i trwałości zarówno kohabitacji, jak i pokohabitacyjnego małżeństwa (Cohan, Kleinbaum, 2002).

Badania wykazują, iż szczególnie wyraźnym przejawem zależności partnerów, różnicujących małżeństwa od związków nieformalnych, jest wsparcie finansowe. Na przykład różne zarobki małżonków przyczyniają się do większej zależności i jednocześnie do ich zgodności. Natomiast w związku kohabitacyjnym, ze względu na brak lub słabszą zależność, nie dochodzi do wsparcia finansowego. Badania potwierdzają, że partnerzy kohabitujący cenią sobie niezależność również finansową, co może zagrażać stabilności ich związków (Jamieson i in., 2002). Kohabitacja, w przeciwieństwie do małżeństwa, nie zawsze uwzględnia plany związane z rozwojem związku wymagające również inwestycji materialnych. Wspólne funkcjonowanie partnerów kohabitujących ogranicza się do teraźniejszości (Waite, Gallagher, 2000).

Główne rodzaje zależności, jakie konstytuują związek kohabitacyjny, to zależność oparta na wzajemnym uczuciu partnerów oraz związana z satysfakcjonującym seksem. Brak szerszego zakresu wsparcia ogranicza podtrzymywanie emocjonalnej zależności. Małżonkowie wykazują istotnie wyższą wzajemną zależność niż partnerzy kohabitujący – związki małżeńskie opierają się bowiem na współzależności partnerów (materialnej, ekonomicznej, rodzinnej) i szeroko rozumianej wymianie usług, które

niewątpliwie podtrzymują i wzmacniają wzajemną zależność małżonków. Badania (Janicka 2008a) potwierdzają, że wzajemna zależność integruje partnerów i koreluje z zadowoleniem ze związku. Badania potwierdzają też krótkotrwałość i niestabilność związków kohabitacyjnych. Uznaje się, że oprócz wspomnianego niskiego zaangażowania partnerów przyczyniają się do tego również stresory zewnętrzne, zwiększające u tych par ryzyko rozstania (Ambert, 2009; Gold, Sen, Hayward, 2010). Badania amerykańskie (za: Selzer, 2000; Gold, Sen, Hayward, 2010) oraz niemieckie (Nave-Herz, 2002) wykazały, że związki nieformalne trwają zdecydowanie krócej niż małżeńskie. W Norwegii, gdzie związki nieformalne wspierane i traktowane są na równi z małżeńskimi, kohabitacje rozpadają się trzy razy częściej niż małżeństwa (Mortensen i in., 2012). Uznaje się, że większość kohabitujących żyje ze sobą ok. 1 roku lub maksymalnie 2 lat (Ermisch, Francesconi, 1998; Nave-Herz, 2002; Kwak, 2005). W Wielkiej Brytanii odnotowano wysoki wskaźnik niestabilności związków kohabitacyjnych (Goodmam, Greaves, 2010). Tylko 4% związków niezalegalizowanych trwa dłużej niż 10 lat (Ermisch, Francesconi, 1998). Ocenia się, że 90% kohabitacji rozpada się w ciągu 5 lat, 50% zaś w ciągu 2 lat ich trwania (Brown, Booth, 1996). Szczególnie wielokrotna kohabitacja obniża szanse na trwały związek – u osób wielokrotnie kohabitujacych są one o 23% niższe niż szanse osób kohabitujacych tylko raz. Wśród osób kohabitujacych 2 lub 3 razy zakończonych związków jest 67%. Niewiele (10–15%) badanych par przetrwało 5 lat. Pary będące w kolejnych relacjach współzamieszkiwania były bardziej skłonne się rozstać niż wziąć ślub. Z badań wynika, że 42,6% tych osób zakończyło swój związek po 2 latach, a 37,1% wzięło ślub. Prawdopodobieństwo rozpadu związku par, które kohabitowały co najmniej 3 razy było szczególnie wysokie – 50% par rozstało się po roku, podczas gdy 16% zalegalizowało związek. Po 5 latach kohabitowania 66% par rozstało się, a 23% par wzięło ślub. Okazuje się, że osoby przyzwyczajone do życia w związku nieformalnym są „zahartowane w zrywaniu” i przez to ponoszą mniejsze koszty emocjonalne, co również może wpływać na szybkość podejmowania decyzji o rozwodzie. Dowolność wspólnego życia i mniejsze wzajemne oddanie partnerów kohabitujących ułatwia wyjście ze związku, może prowadzić do nieprzemyślanego, spontanicznego małżeństwa i szybkiego rozwodu. Doświadczenie kohabitacji oddziałuje

więc zarówno na prawdopodobieństwo zawarcia małżeństwa, jak i na jego rozwiązanie. Ocenia się jednak, że wśród kohabitujących znacznie więcej osób deklaruje zamiar zawarcia małżeństwa niż rzeczywiście go realizuje (Lichtner, Qian, 2008).

Przypisy

[1] Zgodnie z teorią równości ludzie czują się szczęśliwi w takich związkach, w których koszty i zyski jednego partnera są podobne (równoważne) do kosztów i zysków drugiego partnera.

Rozdział 3

Partnerzy kohabitujący jako rodzice

Iwona Janicka

3.1. Dzieci urodzone poza małżeństwem
3.2. Rodziny kohabitacyjne
    3.2.1. Fazy rozwoju rodziny kohabitacyjnej
    3.2.2. Kohabitacja a zaangażowane rodzicielstwo
3.3. Problem stabilności rodzin kohabitacyjnych
    3.3.1. Niestabilność kohabitacji a rodzicielstwo
    3.3.2. Niestabilność kohabitacji a dzieci
3.4. Warunki życia rodzin kohabitacyjnych

W każdy trwały związek heteroseksualny wpisana jest funkcja prokreacyjna. Powszechność heteroseksualnych związków partnerskich powoduje, że mają one, podobnie jak małżeństwa, szanse, by stać się rodziną. Pojawiają się pytania: „Czy niezalegalizowana forma życia partnerów może gwarantować trwałe i szczęśliwe rodzicielstwo?" i „Czy dzieci wychowywane przez rodziców niepoślubionych mają takie same szanse rozwojowe i warunki życia jak te z małżeństw?". W rozdziale *Związki kohabitacyjne* przedstawiłam trudności partnerów kohabitujących, które rodzą obawy o ich dzieci. Stąd od lat prowadzone są badania rodzin kohabitacyjnych. Uważa się, że o jakości ich funkcjonowania mogą stanowić przede wszystkim: postawy partnerów wobec rodzicielstwa, ich poziom zaangażowania w relację z dzieckiem, trwałość i stabilność ich związku oraz warunki ekonomiczne rodziny.

3.1. Dzieci urodzone poza małżeństwem

W ostatnich latach coraz więcej dzieci rodzi się w związkach nieformalnych. Najwięcej w Stanach Zjednoczonych – bo aż 41% – nieślubnych dzieci było w 2008 r. (Hamilton, Martin, Ventura, 2010, w: Rhoades i in., 2011). Obecnie 40% dzieci, w wieku do 12 r.ż. ma rodziców kohabitujących (Schmeer, 2011). Statystyki w Nowej Zelandii podają, że ok. 13% dzieci, w każdym wieku, żyje z rodzicami będącymi w kohabitacji. Większość – 46% – rodzi się w kohabitacji, która jest później legalizowana (Pryor, Roberts, 2005).

Wzrost urodzeń pozamałżeńskich odnotowano również w Europie – w 1990 r. było ich 17,4%, w 2002 – 28,7%, a w 2011 – 37,4% (Falkowska, Telusiewicz-Pack, 2013). Tabela 3.1 prezentuje udział procentowy urodzeń pozamałżeńskich w krajach Unii Europejskiej.

TABELA 3.1

Urodzenia pozamałżeńskie w krajach Unii Europejskiej w 2011 r. (w %)

Lp.	Kraje UE	Urodzenia
1	Estonia	59,7
2	Szwecja	54,7

3	Słowenia	56,8
4	Bułgaria	56,1
5	Francja	55,0*
6	Belgia	49,2
7	Dania	48,7
8	Wielka Brytania	46,9*
9	Holandia	44,3*
10	Łotwa	43,7
11	Portugalia	42,8
12	Węgry	42,2
13	Czechy	41,8
14	Finlandia	40,9
15	Austria	40,4
16	Luksemburg	34,7
17	Hiszpania	34,5
18	Słowacja	34,0
19	Irlandia	33,8*
20	Niemcy	33,5
21	Litwa	30,0
22	Malta	22,7
23	Polska	21,2
24	Włochy	21,5*
25	Cypr	15,2*
26	Rumunia	13,7
27	Grecja	8,1

*dane z 2010 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie Falkowska, Telusiewicz-Pack (2013).

Najwięcej (ponad 50%) dzieci pozamałżeńskich rodzi się Estonii, Szwecji, Słowenii, Bułgarii i Francji. Wysokie (ponad 40%) wskaźniki

osiągają takie kraje, jak Belgia, Dania, Wielka Brytania, Holandia, Łotwa, Portugalia, Węgry i Czechy. Czynnikiem istotnie blokującym posiadanie dzieci poza tradycyjną rodziną jest wysoka religijność danego kraju (Włochy) oraz niski wskaźnik rozwodów (Grecja).

Polska zajmuje 23 miejsce w Europie pod względem urodzeń pozamałżeńskich. Nie oznacza to, że ten problem jest tu mniej ważny. Wskaźnik urodzeń pozamałżeńskich w Polsce sukcesywnie się zwiększa. W 1990 r. wynosił on zaledwie 6,2%, w 2002 r. zwiększył się ponad dwukrotnie – do 14,4%, a w 2011 r. odnotowano jego dalszy wzrost – do 21,2% (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Wyraźny wzrost urodzeń pozamałżeńskich w Polsce datuje się od 2000 r. Szczegółowe dane prezentuje tabela 3.2.

TABELA 3.2

Urodzenia pozamałżeńskie w Polsce w latach 2000–2011 (w %)

Rok	Urodzenia
2000	12,1
2001	13,1
2002	14,4
2003	15,8
2004	17,1
2005	18,5
2006	18,9
2007	19,5
2008	19,9
2009	20,2
2010	20,7
2011	21,2

Źródło: *Rocznik demograficzny 2012* (2012).

Więcej dzieci rodzi się poza małżeństwem zwykle w dużych miastach, a szczególnie tam, gdzie mamy do czynienia z dużym wskaźnikiem migracji ludności, tj. we Wrocławiu – 24,1% i w Warszawie – 20%.

Najwięcej urodzeń pozamałżeńskich odnotowano w Wałbrzychu – 46,4%, gdzie występuje wysoki wskaźnik bezrobocia, oraz w Łodzi – 30,7%, co wyjaśnia się niską religijnością jej mieszkańców (Szukalski, 2010; *Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Zarówno migracja, jak i bieda oraz niska religijność to typowe czynniki sprzyjające związkom nieformalnym. Te determinanty wpisują się w charakter takich związków, które są czasowe, mniej zobowiązujące, tańsze, bo nie wymagają ponoszenia kosztów związanych z ich legalizacją, oraz skupiają jednostki o niskiej religijności lub niereligijne, co daje większe przyzwolenie na współzamieszkiwanie bez ślubu.

Urodzenie dziecka może być czynnikiem stabilizującym związek. Badania dowodzą, że 25% kobiet wzięło ślub, a 50% zaczęło kohabitować po urodzeniu dziecka, co potwierdza wysoki poziom przedmałżeńskich urodzeń (za: Gold, Sen, Hayward, 2010). Pojawienie się dziecka nie gwarantuje jednak stabilności utworzonych związków, co – jak się okazuje – bardziej dotyczy kohabitacji niż małżeństwa.

3.2. Rodziny kohabitacyjne

Należy oczekiwać, że inne warunki dla rozwoju dziecka mogą tworzyć rodzice kohabitujący biologiczni i inne rodzice kohabitujący, jeśli tylko jedno z nich jest biologicznym rodzicem dziecka. Niewiele jest badań, które dokonują takiego rozróżnienia wśród kohabitujących rodzin, ale uważa się, że każda taka relacja partnerów ma charakter luźniejszy i bardziej umowny niż relacja małżonków. Ponadto ze względu na niską trwałość kohabitacji, w większości takich rodzin tylko jeden partner – zwykle matka – jest biologicznym rodzicem dziecka. Ogólnie ocenia się, że właściwa opieka i wychowanie dziecka zależy również od tego, jak partnerzy spostrzegają swoje rodzicielstwo i czy je akceptują.

Obecnie obserwujemy w Polsce spadek liczby urodzeń. Wskaźnik urodzeń żywych wynosi 1,3 (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Dewaluacja potrzeby posiadania dziecka dotyczy zarówno par poślubionych, jak i kohabitujących. Małżeństwo lepiej jednak prognozuje dla realizowania funkcji prokreacyjnej. Bycie rodzicem odpowiada

oczekiwaniom społecznym w przypadku małżeństw, stąd nawet nieplanowana ciąża stanowi mniejsze zaskoczenie i jest łatwiejsza do zaakceptowania. W przypadku kohabitacji funkcja prokreacyjna podlega większej kontroli i jest częściej odrzucana ewentualnie odraczana. Stąd osoby kohabitujące rzadziej planują dzieci.

Rodzicielstwo partnerów kohabitujących jest zwykle późne, a posiadanie dziecka bywa traktowane instrumentalnie. Partnerzy decydują się na nie wtedy, gdy pojawia się zagrożenie, że związek może się rozpaść, lub wtedy, gdy wiek kobiety obniża jej możliwości prokreacyjne. W pierwszym przypadku dziecko ma przyczynić się do zintegrowania związku, wyciszenia negatywnych emocji. Ciąża może również stanowić istotny argument zatrzymania partnera i utrzymania związku lub wymuszać jego legalizację. Okazuje się jednak, że szanse na legalizację związku obniżają się po urodzeniu się dziecka. Lichtner i Qian (2008) podają, że jedynie 15% kobiet poślubia swego partnera w ciągu roku po narodzinach dziecka. W drugim przypadku zwykle decyzję o posiadaniu dziecka dyktuje obawa o własne możliwości prokreacyjne. Późne macierzyństwo jest wynikiem wspomnianych obaw, ale może również stanowić efekt związany z zaspokojeniem wszystkich „pilniejszych” potrzeb, jak realizacja kariery zawodowej, posiadanie niezbędnych dóbr – mieszkania, samochodu, konta w banku itp. Para dochodzi do wniosku, że nadszedł odpowiedni czas, kiedy może i powinna zdecydować się na dziecko, które bywa tu wynikiem kalkulacji i kolejnym dobrem, które powinno się mieć. Taka postawa wobec dziecka wiąże się z potrzebą posiadania.

3.2.1. Fazy rozwoju rodziny kohabitacyjnej

Fazy rozwoju rodziny są inne dla kohabitacji i dla małżeństwa. Późne rodzicielstwo skutkuje przesunięciem i skróceniem faz życia rodzinnego. Występują tu zmiany w cyklach życia rodziny, które przesuwają się w czasie na później.

TABELA 3.3

Fazy rozwoju rodziny kohabitacyjnej

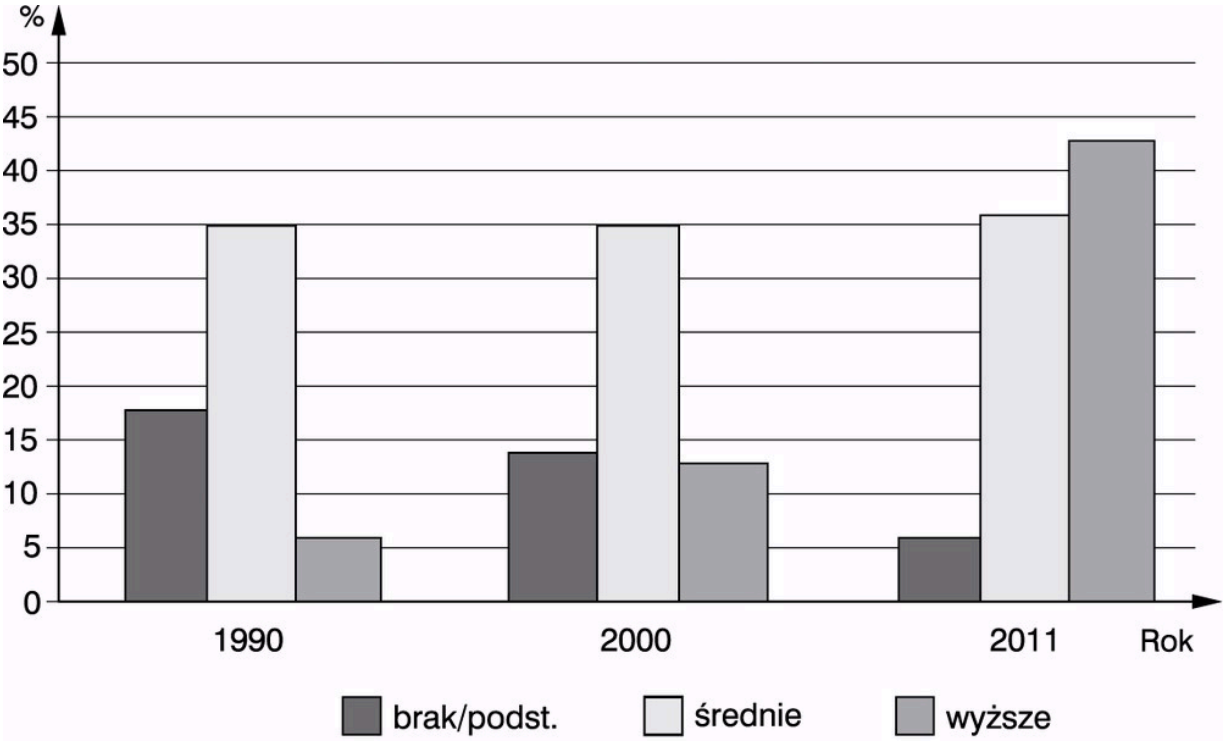
1	Związek niezalegalizowany

2	Stabilizacja
3	Dojrzałość związku i kompetencje zawodowe partnerów
4	Faza rodzicielstwa
5	Faza życia rodzinnego z dziećmi

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nave-Herz (2002).

Początkowe trzy fazy związane są z indywidualnym rozwojem i potrzebami samych partnerów. Trwają one najdłużej i obejmują okres wspólnego zamieszkiwania, czyli związek niezalegalizowany, który z czasem stabilizuje się, dojrzewa wraz ze wzajemnym przystosowywaniem się partnerów i osiąganiem wyznaczonych celów życiowych. Bycie w związku niemałżeńskim zwykle opóźnia wejście w kolejne fazy życia rodzinnego. Nastawienie na realizację własnych potrzeb i ambicji oraz podejmowanie różnych aktywności związanych z rozwojem indywidualnym powoduje rezygnację z funkcji prokreacyjnej. Bywa też, że trudna sytuacja ekonomiczna partnerów powstrzymuje ich przed wejściem w kolejny etap – rodzicielstwa. Jeżeli nie pojawią się, wspomniane już, obiektywne przeszkody, to para osiąga fazę 4 – życia rodzinnego, która jest krótsza, bo poprzedzona zwykle długim okresem zdobywania wykształcenia i kompetencji zawodowych.

W Niemczech kobiety rodzą pierwsze dziecko między 35 a 44 r.ż. Związki małżeńskie poprzedzone kohabitacją również zawierane są późno, co naturalnie opóźnia decyzję o urodzeniu dziecka (Küstner, 2000; Nave-Herz, 2002). Również w Polsce kobiety późno realizują funkcję prokreacyjną. Najwięcej kobiet rodzi swoje pierwsze dziecko między 25 a 34 r.ż. Są to kobiety, w większości – 28,5% – posiadające wykształcenie wyższe. Kobiety z niższym wykształceniem rzadziej decydują się na macierzyństwo. Udział tych z wykształceniem średnim wynosi – 25,1%, z zasadniczym – 24,2%, a z podstawowym – 20,5% (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Kompetencje zawodowe są obecnie priorytetem, stąd większość kobiet zdobywa wykształcenie umożliwiające im aktywność zawodową. W latach 90. matkami częściej były kobiety z wykształceniem średnim oraz podstawowym, a w 2011 r. większość matek (ponad 40%) to te z wykształceniem wyższym (ryc. 3.1).



RYCINA 3.1

Wykształcenie matek w latach 1990, 2000 i 2011

Źródło: *Rocznik demograficzny 2012* (2012).

Kobiety traktują macierzyństwo jako coś komfortowego, ekskluzywnego, na co w końcu mogą sobie pozwolić. Planowanie dziecka nie jest spontaniczne, lecz stanowi kalkulację – czy dziecko pasuje do mojego modelu życia, czy może go zakłócać? (Nave-Herz, 2003).

Ostatnia, piąta faza życia rodzinnego z dziećmi, zostaje poważnie zredukowana. Niemłodzi rodzice nie zawsze są skłonni dostosować się do potrzeb małych dzieci, np. wspólnych zabaw, gry w piłkę, przyjąć nowy harmonogram, który wyraźnie narusza wcześniejszy, wypracowany przez lata i adekwatny dla dorosłych. Istnieje też niebezpieczeństwo zbyt szybkiego „odejścia" rodziców, co powoduje, że nie mogą oni uczestniczyć w dorosłym życiu swych dzieci, w ich ważnych decyzjach związanych z podjęciem studiów, pracy czy z wyborem partnera życiowego. Konsekwencją późnego rodzicielstwa jest naturalne redukowanie kontaktu dziecka z dziadkami, którzy są zbyt starzy, aby towarzyszyć wnukowi, albo już nieobecni w jego życiu (Nave-Herz, 2002).

Bywa, że cykl życia kohabitacji kończy się na fazie 4, związanej z pojawieniem się dziecka. Urodzenie się dziecka zwykle obniża satysfakcję partnerów, co grozi ich rozstaniem i skutkuje samotnym rodzicielstwem. Kohabitacja nie obliguje do wspólnego wychowywania dzieci, które przy takim związku rodziców bardziej niż dzieci z małżeństw narażone są na życie tylko z jednym z nich. Kolejna kohabitacja matki nie poprawia sytuacji, ponieważ w tak utworzonym systemie rodzinnym dziecko bywa źródłem potencjalnych konfliktów. Matka i jej partner inaczej spostrzegają jego dobro. Ona nadal czuje się pojedynczym rodzicem, on nie ma lub nie chce mieć praw, obowiązków finansowych i opiekuńczych wobec nieswojego dziecka, co ostatecznie nie rokuje dobrze dla spójności rodziny. Cross-Barnet, Cherlin i Burton (2011) podają, że negatywne skutki takiej sytuacji powodują, iż dzieci bywają przeszkodą w zawieraniu małżeństw przez kobiety kohabitujące.

3.2.2. Kohabitacja a zaangażowane rodzicielstwo

Poziom zaangażowania między partnerami może stanowić o zaangażowaniu w relacji rodzic–dziecko. Wzorce wzajemnych zachowań rodziców są bowiem układem odniesienia dla relacji między rodzicami a dziećmi. **Zaangażowane rodzicielstwo** przejawia się w dostępności rodziców dla dziecka, w opiece i towarzyszeniu mu w rozwoju oraz w zachowaniach związanych z zaspokajaniem jego potrzeb, wychowywaniem, kształceniem. Nawiązując do teorii zaangażowania (według Stanleya, Markmana, 1992; patrz rozdz. 2, cz. II) oraz podanej definicji zaangażowania rodzicielskiego, można wskazać również na dwa jego wymiary: zaangażowanie jako chęć bycia z dzieckiem i zaangażowanie jako inwestycja w dziecko. Oba rodzaje zaangażowania mają większe szanse na realizację wtedy, gdy relacja między rodzicami dziecka jest oparta na ich wzajemnej zależności i wsparciu.

Wskazuje się na podobieństwa odnośnie do zaangażowania rodziców kohabitujacych i poślubionych, zwłaszcza w wymiarze dostępności dla dziecka i podtrzymywania relacji. Zaangażowanie rodzicielskie może przyczyniać się do wzrostu zależności między partnerami rodzicami dziecka, a często nawet go wymaga. Obecność dzieci może być ważna ze względu na podtrzymanie kohabitacji. Bywa, że dorośli decydują się na

związek w reakcji na ciążę. Nie legalizują go wtedy, gdy w ich ocenie wartość matrymonialna partnera/partnerki jest niska. Dobro dziecka i stworzenie mu pełnej rodziny jest priorytetem. Relacje takich partnerów opierają się przede wszystkim na potrzebach dzieci. Ich obecność zwiększa pozytywny aspekt zaangażowania, jak również może stanowić przeszkodę na drodze do opuszczenia związku. Bywa, że pary z dziećmi dłużej niż bezdzietne trwają w relacji.

Badania prowadzone w Nowej Zelandii wykazują, że dzieci są znaczącym czynnikiem blokującym rozstanie partnerów kohabitujacych, co tłumaczy podobieństwo zaangażowania rodzicielskiego małżonków i rodziców niepoślubionych. Może ono determinować bycie razem rodziców i niejednokrotnie stabilizować rodzinę. Okazuje się jednak, że zaangażowanie większości rodzin kohabitujących oparte jest przede wszystkim na wymiarze związanym z inwestowaniem finansowym. Bywa też, że ten typ zaangażowania jest głównym motywem podjęcia kohabitacji lub przerwania jej. Szybciej dochodzi do separacji, gdy partner nie wnosi wkładu finansowego w utrzymanie domu i dziecka (Pryor, Roberts, 2005).

Współczesne badania nie kwestionują wzrostu zależności partnerów, którzy stają się rodzicami. Potwierdzają, że posiadanie dzieci przez pary kohabitujące zwiększa współzależność partnerów nawet jeśli się rozstaną (Rhoades i in., 2011). Jednakże większość badań dowodzi, że posiadanie dzieci nie gwarantuje trwałości związku, co dotyczy szczególnie kohabitacji (patrz rozdz. 2, cz. II), gdzie poziom zaangażowania rodzicielskiego partnerów jest niższy niż w przypadku małżeństwa. Schmeer (2011) potwierdza występowanie zależności między mniejszym zaangażowaniem w związek partnerów kohabitujących a ich zaangażowaniem rodzicielskim, co negatywnie wpływa na rozwój i zdrowie dzieci. Niezależność partnerów w kohabitacji, gdzie częściej jeden z nich jest niebiologicznym rodzicem dziecka, sprzyja większej niezależności w relacji rodzice–dzieci. Relacja zależnościowa rodzic–dziecko powinna uwzględniać, zdaniem Copeland i Harbaugh (2010), nie tylko zasoby partnerów oraz dziecka, ale przede wszystkim obszar społeczny, w którym jest ona osadzona. Stąd ważna jest forma związku rodziców, od której również zależy poziom doświadczanego wsparcia i stresu.

Kohabitacja a zaangażowanie w relacji matka–dziecko

Matki wykazują wyższy poziom zaangażowania rodzicielskiego, kiedy doświadczają wsparcia od partnera, co jednocześnie pozwala na lepsze radzenie sobie w sytuacjach trudnych, również tych związanych z wychowywaniem dziecka.

Brak wsparcia może obniżać możliwości przystosowania się do roli rodzica. Badania wskazują, że matki, które doświadczają mniejszego wsparcia społecznego, cechuje niższe poczucie własnej wartości i niższe poczucie kontroli, co może obniżać ich zdolności funkcjonowania w roli rodzica, ale jednocześnie mobilizuje do wypracowywania skutecznych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Copeland, Harbaugh, 2010). Okazuje się, że matki pozbawione wsparcia partnera, również dobrze radzą sobie z codziennymi zadaniami i problemami, co jednak wymaga ograniczania czasu spędzanego z dzieckiem.

Zdarza sie, że kobieta, która nie ma stałego partnera, korzysta ze wsparcia, ale głównie instrumentalnego. Coraz bardziej powszechne są rodziny, w których występują osoby współwychowujące dzieci. Takimi osobami może być nie tylko partner, ale również np. babcia, siostra, koleżanka, sąsiadka. Stąd matki, nawet te samotne, którym towarzyszą osoby współwychowujące, doświadczają mniej problemów oraz niepowodzeń opiekuńczo-wychowawczych. Bywa nawet, że osoby współwychowujące dostarczają rodzinie więcej wsparcia niż ojcowie. Dzieje się tak, ponieważ w określonym czasie bardziej efektywnie realizują wyznaczone zadania, spełniając oczekiwania i matki, i dziecka. Stąd np. zabawa dziecka z babcią czy ciocią jest dłuższa, bardziej atrakcyjna, niż ta ze zmęczoną i zapracowana matką. W takiej sytuacji jej zaangażowanie bywa ograniczane w wymiarze dostępności i oddania, a sprowadza się bardziej do inwestowania w dziecko.

Większe wsparcie matki uzyskują wtedy, gdy osoba współwychowująca nie mieszka razem z dzieckiem. W przeciwnym wypadku matka może hamować poziom zaangażowania tej osoby w wychowanie, co skutkuje mniejszą jej motywacją do dostarczania instrumentalnego wsparcia. Przyczyną tego może być tzw. matczyne bramkowanie. **Mechanizm bramkowania** – filtrowania dostępu (*gatekeeping*) – polega na ograniczaniu lub wydzielaniu czasu spędzanego przez dziecko z osobą

współwychowującą. Zwykle dzieje się tak, że kobieta, która mieszka z mężem, a zwłaszcza z partnerem niebędącym biologicznym ojcem dziecka, przejmuje większość zadań związanych z opieką nad dzieckiem. Efekt jest taki, że matki bardziej kontrolują zaangażowanie partnera współzamieszkującego z nią (Parent i in., 2013). Badania wykazują, że również zbyt aktywne podejmowanie roli rodzica przez kobietę naturalnie ogranicza rolę ojca (Lachance-Grezla, Bouchard, 2010).

Zaangażowane rodzicielstwo wymaga zaspokajania potrzeby kontaktu dziecka również z drugim rodzicem – z ojcem, którego dostępność nie może być mniejsza niż dostępność matki. Wspólne mieszkanie obojga rodziców z dzieckiem sprzyja wyrównaniu szans rodzicielskich zachowań oraz zabezpiecza potrzeby zwłaszcza starszych dzieci, które częściej zabiegają o kontakt z ojcem.

Porównanie matek kohabitujących oraz poślubionych wykazuje, że te pierwsze uzyskują jednak mniejsze wsparcie od partnera, co powoduje, że ich zaangażowanie (w wymiarze bycia z dzieckiem, a bywa też, że inwestycji w dziecko) jest słabsze. Potwierdzają to bardzo wnikliwe badania, których autorki, Aronson i Huston (2004), porównały jakość relacji matki z dzieckiem w trzech grupach kobiet: poślubionych, kohabitujących oraz samotnych matek. Badano kobiety z dziećmi w wieku od 1 do 15 miesięcy, podczas wizyt domowych w 1 m.ż. dziecka, a następnie, gdy miało ono 6 i 15 miesięcy. Kiedy dzieci miały 7 miesięcy, matki składały raport dotyczący spędzania czasu z dzieckiem. Oceniano relacje matki z dzieckiem oraz poczucie bezpieczeństwa związane z przywiązaniem, stymulowanie dziecka do rozwoju na podstawie proponowanych mu zabaw oraz na podstawie zabawek, jakie posiadało. Okazało się, że kobiety zamężne miały lepsze i częstsze relacje z dzieckiem. Dzieci miały korzystniejsze warunki i lepiej się zachowywały, niż te w dwóch pozostałych grupach. Dzieci ze związków zalegalizowanych przejawiały wyższe poczucie bezpieczeństwa i okazały się bardziej związane emocjonalnie z rodzicami. Niewątpliwie stała obecność ojca pozwala dzielić obowiązki związane z wychowaniem dziecka, czego w mniejszym stopniu doświadczają matki kohabitujące. Większość zadań opiekuńczo-wychowawczych wypełniają one same, podobnie jak matki samotne. Ponadto zarówno matki kohabitujące, jak i samotne nie mogą ograniczać czasu pracy, a nawet bardziej angażują się w aktywność zawodową,

ponieważ zwykle same muszą utrzymywać siebie i dziecko. Partner kohabitujący może, ale nie musi dzielić obowiązków opiekuńczych i związanych z finansowaniem rodziny. Zbadano również zaangażowanie matki w relację z dzieckiem na podstawie regularności czytania mu na dobranoc. Okazało się, że matki kohabitujące i samotne rzadziej, bo około trzech razy w tygodniu, czytały dziecku przed snem niż matki mężatki, które czytały dziecku częściej niż trzy razy w tygodniu (Acs, Nelson, 2002).

Matki kohabitujace częściej niż matki zamężne narzekają na trudności finansowe, odczuwają mniej regularnej, domowej rutyny, doświadczają więcej rodzicielskiego stresu oraz więcej psychologicznego dystresu, co może obniżać ich zdolności do sprawnego codziennego funkcjonowania (Bachman, Coley, Carrano, 2012).

Kohabitacja a zaangażowanie w relacji ojciec–dziecko

Wejście w fazę rodzicielstwa u kobiet jest procesem naturalnym, bo wyznaczonym biologicznie. Natomiast u mężczyzn dokonuje się stopniowo i zależy od ich identyfikacji z rolami, jakie narzuca rodzina oraz od sposobu, poziomu tradycyjności, ich interpretowania. Dla percepcji ról rodzinnych znaczenie ma rodzina pochodzenia, szczególnie w przypadku mężczyzn. Mężczyźni pochodzący z pełnych i zalegalizowanych rodzin częściej i chętniej podejmują tradycyjne role w tworzonych przez siebie rodzinach (Popenoe, Whitehead, 2004).

Odpowiedzialne pełnienie roli męża sprzyja odpowiedzialności i zaangażowaniu w roli ojca. Zostanie ojcem nie nie musi zmieniać życia mężczyzny, jeżeli nie jest on w trwałym i zalegalizowanym związku. Stąd bywa, że nie zawsze identyfikuje się on z rolą rodzica. Bachman, Coley i Carrano (2012) wskazują na różnice zaangażowania w rodzicielstwo ojców w zależności od formy związku, w jakim się znajdują. Większe zaangażowanie w wychowanie dziecka występuje u ojców poślubionych niż u kohabitujacych czy samotnych. Mężczyźni poślubieni lepiej rokują jako odpowiedzialni ojcowie niż kohabitujacy lub ci niebędący w bliskiej relacji z matką dziecka. Znajduje to odzwierciedlenie również w badaniach Le Bourdais, Lapierre-Adamcyk i Pacauta (2004), dotyczących jakości relacji z dziećmi ojców rozwiedzionych, którzy kohabitują, i tych, którzy ponownie biorą ślub. Stwierdzono, że ojciec rozwiedziony, który

kohabituje, odwiedza swoje dzieci z poprzedniego związku rzadziej niż ten, który powtórnie się ożeni. Kohabitacja neguje tradycje rodzinne, daje większe przyzwolenie na niezależność, co wpływa na zachowanie mężczyzny również w roli ojca. Zdaniem Droblik-Vorobei (2005) brak zobowiązań w kohabitacji może ograniczać realizowanie roli rodzica, zwłaszcza przez mężczyznę.

Bycie w związku niezalegalizowanym nie zawsze wiąże się z ciągłością współzamieszkiwania (rodzaje kohabitacji patrz rozdz. 2, cz. II). Niestabilność tych związków przyczynia się do czasowych separacji partnerów, a nawet może prowadzić do samotnego macierzyństwa. Badano rolę ojca, jego zaangażowanie i związek uczuciowy w ocenie dzieci, które mieszkały tylko z matką. Okazało się, że nawet wtedy, gdy kontakt z ojcem był regularny, to większość dzieci nie odczuwała jego zaangażowania i więzi uczuciowej. Mniejsza wiedza ojców o sprawach codziennych dziecka i słaba komunikacja powodowały emocjonalny dystans między nimi. Zaangażowanie ojców, którego przejawem były: podtrzymywanie kontaktu z dzieckiem (codzienne rozmowy telefoniczne) oraz inwestycje (organizowanie i opłacanie wakacji, wycieczek itp.), spełnia wymagane kryteria zaangażowania wybiórczo – nie ma charakteru stałego oraz nie zapewnia bezwzględnej dostępności. Takie zaangażowanie ojców było oceniane lepiej przez dzieci młodsze niż przez starsze, dla których było niewystarczające. Ogólnie większość dzieci oceniała zaangażowanie ojca i wypełnianie przez niego roli rodzicielskiej negatywnie. Finansowe wsparcie nie stanowiło, w ocenie dzieci, wystarczającego dowodu zaangażowania ojca (Nixon, Greene, Hogan, 2012).

Dużo współczesnych dzieci funkcjonuje w układzie dwurodzinnym, co powoduje, że mają one nieokreślone, a nawet sprzeczne uczucia, co do posiadania przybranego i biologicznego rodzica (Shapiro, Stewart, 2011). Badania relacji z dzieckiem ojców biologicznych i niebiologicznych dowiodły, że ci drudzy mieli lepszy stosunek do dziecka swojej partnerki i poświęcali mu więcej czasu niż ojcowie biologiczni. Współzamieszkiwanie z ojcem niebiologicznym, jego ciągła dostępność, może przyczyniać się do budowania większej zależności między nim a dzieckiem, co skutkuje zaangażowaniem w rolę rodzica. Autorzy badań sugerują również, że zaangażowanie ojców niebiologicznych w relację z dzieckiem może mieć na celu pozyskanie względów jego matki (Hofferth,

Anderson, 2003) – świadomi, że są testowani jako ewentualni ojcowie dla dziecka, partnerzy kohabitujący bardziej angażują się w wyznaczoną im rolę.

3.3. Problem stabilności rodzin kohabitacyjnych

Poczucie stabilności, niezmienności w rodzinie jest niezbędną potrzebą dziecka, wpływającą na jego poczucie bezpieczeństwa. Stabilne i trwałe małżeństwa dostarczają więcej korzyści psychologicznych, społecznych i ekonomicznych niż związki kohabitacyjne. Stąd od wielu lat w badaniach dotyczących porównania kohabitacji i małżeństwa dokonuje się oceny ich stabilności. Wyniki badań wskazują na mniejszą stabilność rodzin kohabitacyjnych w porównaniu do poślubionych (Raley, Wildsmith, 2004). Ocenia się, że ryzyko rozstania niepoślubionych rodziców jest 5 razy większe niż takie ryzyko w przypadku rodziców poślubionych (Ambert, 2009). Mimo powszechności i większego przyzwolenia na związki nieformalne, które obecnie są traktowane na równi z małżeńskimi, prognozy odnośnie do ich stabilności i trwałości nie zmieniły się. Ostatnio prowadzone badania potwierdzają, że przejście do fazy rodzicielstwa nie umacnia związku kohabitacyjnego, lecz przeciwnie – prowadzi do wyraźnego obniżenia jego stabilności. Obserwacje rodzin w ciągu 5 lat od urodzenia dziecka wykazały, że 80% par poślubionych pozostało razem, 20% stabilnie kohabitowało, 51% przerwało swoje kohabitacje, a tylko 29% zalegalizowało związek (Schmeer, 2011). Za niepodważalny uznaje się fakt mniejszej trwałości i stabilności rodzin partnerów kohabitujących (Mortensen i in., 2012).

Niestabilność rodzinna mierzona jest liczbą wejść w związek i wyjść z niego. Wspomniane zmiany dotykają nie tylko dorosłych, ale również ich dzieci, wymagając od nich przystosowywania się do zastanych warunków tworzonych przez nowy system rodzinny. Taki zmieniający się system generuje dalsze zmiany w nowo tworzących się relacjach, co wpływa negatywnie na wszystkich członków rodziny. Poczucie niestabilności u dziecka jest wynikiem zmian dokonujących się w strukturze rodziny

(Raley, Wildsmith, 2004). Dzieci, których rodzice kohabitują, doświadczają większej niestabilności rodziny niż dzieci rodziców poślubionych. Brak stabilności kohabitacji dotyczy również sytuacji, w której oboje partnerzy są biologicznymi rodzicami dziecka.

Ważne jest, ile zmian w statusie rodziny doświadcza dziecko. Zbadano dzieci do 12 r.ż., które miały rodziców kohabitujących i poślubionych. Dzieci białe z rodzin kohabitujących miały wyższe wskaźniki niestabilności rodzinnej (średnio 2,6 zmian) w porównaniu do dzieci, których matki nie kohabitowały (średnio 1,4 zmian statusu rodziny). Wśród dzieci czarnoskórych, które były w rodzinach kohabitacyjnych do 12 r.ż., wskaźniki zmian statusu rodziny okazały się zdecydowanie wyższe. Miara niestabilności rodziny zwiększała się o 30% dla dzieci białych i o 100% dla dzieci czarnoskórych, których matki wchodziły w kohabitację lub z niej wychodziły. Niewątpliwie wyższe wskaźniki niestabilności rodziny wykazują dzieci, które mają rodziców kohabitujących niż te z rodzin poślubionych lub dzieci samotnych matek, które nigdy nie zawarły związku (Raley, Wildsmith, 2004). Szacuje się, że 12% dzieci doświadcza co najmniej trzech zmian w związku matki w ciągu pierwszych 15 lat swojego życia (Bachman, Coley, Carrano, 2012). Badania przeprowadzone w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych wykazują, że dzieci z rodzin kohabitujących są 5 razy częściej narażone na zmianę struktury rodziny niż dzieci z małżeństw (Osborne, Manning, Smock, 2007). Takie niekorzystne doświadczenia rodzinne wpływają na ogólny dobrobyt dziecka i na jego przejście w dorosłość.

Zmiany dotyczące statusu rodziny dokonują się już we wczesnych latach życia dziecka. W ciągu roku 25% kohabitacji zmienia się w samotne rodzicielstwo (Raley, Wildsmith, 2004). Późniejsze badania potwierdzają, że 25% dzieci żyjących w rodzinach kohabitacyjnych doznaje zmiany w strukturze rodziny w 1 r.ż. (Klausli, Owen 2009). Istnieje większe prawdopodobieństwo, że para kohabitująca rozstanie się (czasowo lub na stałe), gdy dziecko ma 3 lata niż że rozstaną się poślubieni rodzice dziecka w tym wieku. Wśród par kohabitujących 26% doświadczyło separacji, zanim ich dziecko osiągnęło 3 lata, natomiast wśród analogicznych par małżeńskich było to jedynie 7%. Pary kohabitujące są 4 razy częściej niż małżeństwa narażone na co najmniej miesięczną separację zanim ich dziecko będzie miało 3 lata (Goodman, Greaves, 2010). Aż 90% dzieci

rodziców kohabitujących doświadcza takiej zmiany w ciągu początkowych 5 lat życia (Klausli, Owen 2009).

Brak stabilności jest cechą wyraźniejszą w związkach kohabitacyjnych niż w małżeńskich. Goodman i Greaves (2010) postulują jednak, aby w tego rodzaju badaniach brać pod uwagę nie tylko formę związku, ale również różnice dotyczące badanych par w zakresie ich wykształcenia, statusu zawodowego i mieszkaniowego, dochodów oraz jakości relacji z rodziną, które należałoby mierzyć na początku życia dziecka

3.3.1. Niestabilność kohabitacji a rodzicielstwo

Niska stabilność kohabitacji powoduje, że rodzice gorzej radzą sobie z sytuacjami trudnymi. Związane to jest z ich niepełnym wzajemnym wsparciem, co ogranicza poczucie bezpieczeństwa. Niepewność swojej sytuacji w związku odczuwają szczególnie kohabitujące kobiety, którym tego rodzaju związek nie gwarantuje bezpiecznego macierzyństwa, a ich dzieciom stabilnej rodziny.

Zbadano żyjące w kohabitacji amerykańskie matki z dziećmi do 2 r.ż. Badania dotyczyły cech związku, czułości macierzyńskiej oraz symptomów depresji u matek. Niedługo po urodzeniu dziecka matki kohabitujące zgłaszały więcej problemów i konfliktów z partnerami niż matki ze związków zalegalizowanych. Stwierdzono, że brak stabilności związku sprzyja występowaniu u matek objawów depresji i wykazywaniu mniejszej czułości macierzyńskiej (Klausli, Owen, 2009). Podobne rezultaty uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Norwegii. Wejście pary w fazę rodzicielstwa ma negatywny wpływ na odczuwaną satysfakcję, wyraźnie niższą u par kohabitujących niż u poślubionych. Bycie w małżeństwie daje wyższy wyjściowy poziom satysfakcji przed pojawieniem się dziecka, co pozwala niejako zneutralizować negatywny wpływ wejścia w fazę rodzicielstwa. Różnice dotyczące satysfakcji ze związku okazały się istotne również przed narodzinami dziecka – kobiety kohabitujące przejawiały niższą niż żony satysfakcję. Po narodzinach satysfakcja obniżała się zarówno u matek poślubionych, jak i u kohabitujących, ale jej poziomy nie różniły się istotnie. Wśród doświadczonych matek, które w czasie badania wyszły za mąż, poziom satysfakcji po urodzeniu kolejnego dziecka wzrastał. Okazuje się, że matki będące w trwałym emocjonalnym związku

wykazują niższy poziom stresu niż matki pozbawione stabilnego związku (Mastekaasa, 2006). Również utrata ciąży wpływa negatywnie na stabilizację związku. Gorzej z tego typu stresem radzą sobie partnerzy kohabitujący. Stwierdzono u nich wyższy poziom ryzyka separacji czy zakończenia związku po stracie ciąży (Gold, Sen, Hayward, 2010).

Badanie zdrowia psychicznego matek będących w trzech typach związków (w małżeństwie, kohabitacji, w związku emocjonalnym z partnerem, z którym się spotykały) oraz żyjących w pojedynkę (bez relacji emocjonalnej z partnerem) dowiodło, że dużego epizodu depresji w czasie roku od porodu doświadczało 12% mężatek, 15% matek kohabitujących, 17% matek niemieszkających z partnerem i 19% matek bez partnera. U matek kohabitujacych i bez partnera częściej występują zaburzenia lękowe, nadużywanie alkoholu, narkotyków. Najrzadziej tego typu problemy występują u mężatek. Podkreśla się, że zdrowie psychiczne ma związek ze stanem cywilnym zarówno w grupie matek, jak i ojców. Poślubieni rodzice zgłaszają lepsze zdrowie i mniej problemów behawioralnych niż rodzice kohabitujący, niemieszkający razem i samotni. Z kolei zdrowie gorsze niż zdrowie poślubionych i kohabitujących charakteryzuje rodziców, którzy mieszkają osobno (Deklyen i in., 2006).

Autorzy prezentowanych badań zaznaczają, że problemy ze zdrowiem psychicznym zwykle dotykają osoby o niskim poziomie edukacji i niskim statusie socjoekonomicznym, z których często rekrutują się rodzice niebędący w małżeństwie. Stąd dzieci urodzone poza małżeństwem są bardziej narażone na wychowywanie przez jednego lub oboje rodziców z problemami ze zdrowiem psychicznym (Deklyen i in., 2006; Klausli, Owen, 2009). Niewątpliwie stres związany z rozstaniem partnerów niepoślubionych jest silniejszy wtedy, gdy posiadają oni dzieci. Konsekwencje takiej sytuacji ponoszą zarówno kobieta, jak i mężczyzna. Zdaniem Meadows (2009) dla matek, jako prawnych opiekunek dziecka, oznacza to samotne macierzyństwo, dla ojców rozstanie wiąże się z utratą regularnego kontaktu z dzieckiem. Niepewność sytuacji rodzicielskiej, mniejsza zależność partnerów i czasami brak formalnego/prawnego uznania ojcostwa wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne rodziców po zerwaniu kohabitacji. Ambert (2009), odwołując się do dotychczasowych badań, podaje, że poczucie niepewności rodziców co do trwałości związku zmniejsza jakość jej lub/i jego rodzicielstwa.

Mając na uwadze wysokie ryzyko rozpadu związków nieformalnych, terapeuci i psychologowie rodzinni powinni być wyczuleni na sytuację narodzin dziecka jako potencjalnie zagrażającą stabilności rodziny. Uznano, że korzystniejsze rokowania dla rodziny daje legalizacja związku przez rodziców, a małżeństwo powinno być zawarte przed narodzinami dziecka, ewentualnie krótko po jego narodzinach (Bramlett, Mosher, 2002; Mortensen i in., 2012).

3.3.2. Niestabilność kohabitacji a dzieci

Kohabitacja nie zaspokaja potrzeby stabilności u dzieci (Ambert, 2005). Niestabilność związku rodziców jest główną przyczyną problemów zdrowotnych u dziecka we wczesnym dzieciństwie; kohabitacja rodziców w momencie narodzin dziecka ma niekorzystny wpływ na jego zdrowie. Oceniono, że dzieci urodzone w małżeństwach mają szanse na dobre zdrowie o 7% większe niż dzieci urodzone w rodzinach kohabitacyjnych. Szczególnie dzieci narażone na rozwiązanie rodzicielskiej kohabitacji, lub jej doświadczające, gorzej funkcjonują somatycznie i psychicznie niż dzieci rodziców, którzy zalegalizowali związek. Dzieci ze związków stabilnych i zalegalizowanych mają o 6,2% lepsze zdrowie niż dzieci rodziców, którzy stworzyli pokohabitacyjne małżeństwo. Natomiast dzieci doświadczające rozstania rodziców w ciągu 5 początkowych lat swojego życia mają gorsze zdrowie niż dzieci ze stabilnych, zalegalizowanych rodzin (Schmeer, 2011).

Najkorzystniej wpływa na rozwój dziecka niezmienność statusu matki od jego urodzenia do dojrzewania. Lepiej funkcjonują dzieci z niezmieniających się małżeństw niż z kohabitacji. Założenie, że umowny i czasowy związek może w każdej chwili się rozpaść, dotyka nie tylko, świadomych tego faktu, partnerów, ale również dzieci, co skutkuje zwykle gorszym ich funkcjonowaniem w rolach dorosłych i niekorzystnie wpływa też na ich dzieci.

U dzieci rodziców kohabitujących zaobserwowano więcej niepokojących objawów – depresji, lęków, wycofywania się społecznego, dolegliwości somatycznych – niż u dzieci ze związków poślubionych. Niestabilność związana jest ze stresem i surowszym rodzicielstwem. Młodzież mieszkająca z matkami kohabitującymi zgłaszała doświadczanie surowszych kar oraz więcej problemów związanych ze społecznymi

zachowaniami niż zgłaszała młodzież wychowywana przez małżeństwa i samotnych rodziców. Okazuje się, że poślubieni mężczyźni lepiej wspierają wychowywanych przez siebie nastolatków bez względu na to, czy są ich biologicznymi ojcami, czy ojczymami (Bachman, Coley, Carrano. 2012).

Prowadzone badania potwierdzają występowanie większej ilości problemów, również wychowawczych, u dzieci rodziców kohabitujących niż u wychowywanych przez małżonków. Typowe problemy to trudności emocjonalne, interpersonalne, związane z nauką – problemy szkolne, zaburzenia zachowania, nerwowość (Waite, 2000; Aronson, Huston, 2004; Klausli, Owen, 2009). Tego rodzaju prawidłowość, związana z opisanym kierunkiem różnic, utrzymuje się nawet wtedy, gdy kontrolowane są dodatkowe zmienne dotyczące porównywanych dzieci, takie jak: wiek rodziców i dzieci, staż związku, warunki życia.

3.4. Warunki życia rodzin kohabitacyjnych

Powodzenie rodziny zależy w znaczącym stopniu również od jej warunków życia, zwłaszcza ekonomicznych (Manning, Lichter, 1996; Jamieson i in., 2002; Aronson, Huston, 2004). Badacze donoszą, że ekonomiczne dobro dzieci jest lepsze w rodzinach poślubionych niż w kohabitacyjnych (Waite, Joyner, 2000; Acs, Nelson, 2002; Aronson, Huston, 2004; Raley, Wildsmith, 2004; Osborne, McLanahan, 2007; Klausli, Owen, 2009; Gold, Sen, Hayward, 2010).

Szeroko zakrojone badania dotyczące sytuacji ekonomicznej rodzin tworzonych przez partnerów kohabitujących, poślubionych i samotne matki przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych. Zbadano 44 tysiące gospodarstw domowych (100 tys. osób). Porównano sytuację materialną i problemy żywieniowe (martwienie się o jedzenie, brak pieniędzy na jedzenie) w badanych rodzinach. Okazało się, że ubogich było 31,1% dzieci z kohabitacji, 45,2% dzieci samotnych matek i 9,1% dzieci z małżeństw. Najmniej korzystne warunki mają dzieci samotnych matek, bo tu tylko jedna osoba utrzymuje dom, ale również niekorzystna jest sytuacja dzieci partnerów kohabitujacych, mimo że – podobnie jak w małżeństwie – jest tu

dwoje rodziców. Inwestycja w rodzicielstwo bywa tu jednak mniejsza, zwłaszcza rodzica niebiologicznego. Wskaźnik ubóstwa maleje o 1/3 u dzieci z kohabitującymi biologicznymi rodzicami (Acs, Nelson, 2002). Zgodnie z danymi mówiącymi o mniejszej stabilności związków nieformalnych, sprawdzają się prognozy, że częściej i większe ubóstwo dotyka dzieci pochodzące z rozwiązanych kohabitacji niż z rozwiedzionych małżeństw (Le Bourdais, Lapierre-Adamcyk, Pacaut, 2004).

Bardziej wnikliwe badania dotyczyły satysfakcji z życia i statusu ekonomicznego dzieci w wieku szkolnym (zbadano 184 496 dzieci) pochodzących z rodzin pełnych (zalegalizowanych i kohabitujacych biologicznych rodziców) i niepełnych, z rozróżnieniem tych ostatnich na rodziny z: samotną matką, matką będącą w kohabitacji z niebiologicznym ojcem dziecka, samotnym ojcem oraz z biologicznym ojcem kohabitujacym z niebiologiczną matką dziecka. Wyniki badań wykazały, że niski status ekonomiczny rodziny wiąże się z niską satysfakcją z życia wśród wszystkich dzieci. Najwyższy wskaźnik tej satysfakcji miały dzieci wychowywane w rodzinach pełnych i przez biologicznych rodziców, następnie dzieci samotnych matek i matek będących w kohabitacji z niebiologicznym ojcem dziecka. Najbardziej niekorzystną sytuację ekonomiczną oraz najniższą satysfakcję z życia zaobserwowano u dzieci żyjących z biologicznym ojcem i jego partnerką. Potwierdza to, że wychowanie bez matki ma większy wpływ na spadek satysfakcji z życia niż wychowanie bez ojca. Dzieci mieszkające naprzemiennie z matką i ojcem mają taki sam poziom satysfakcji, jak dzieci żyjące z matką samotną lub z matką i jej partnerem. Satysfakcja z życia dzieci z rodzin pełnych zalegalizowanych i kohabitacji ich biologicznych rodziców kształtuje się powyżej średniej (Bjarnason i in., 2012). Należy zaznaczyć, że badania zostały przeprowadzone w 36 krajach. Gorsze funkcjonowanie rodzin kohabitujących (gdzie tylko jeden z partnerów jest biologicznym rodzicem dziecka) i niepełnych jest niezależne od czynników kulturowych i polityki finansowej państwa. Potwierdzają to badania Mortensena, Torsheima, Melkevika i Thuena (2012) wskazujące, że hojny system opieki rodzinnej, gwarantowany w Norwegii, nie chroni przed niższą satysfakcją rodzin kohabitacyjnych.

W rodzinach zalegalizowanych występuje większe nastawienie na kumulację dóbr ze względu na przyszłościowy i długoterminowy charakter

tych związków. Inwestycje partnerów kohabitujących sprowadzają się do koniecznych – wspólnego mieszkania oraz związanych z aktualnymi potrzebami. Zwykle mają oni osobne konta, nie gromadzą dóbr, bo trwałość związku jest niepewna. Okazuje się, że rodziny pełne i zalegalizowane mają 6 razy większe zasoby materialne i finansowe niż rodziny kohabitujące (Jamieson i in., 2002). Należy podkreślić, że dodatkową przyczyną gorszej sytuacji materialnej partnerów kohabitujacych może być ograniczanie, a nawet brak pomocy ze strony rodziny pochodzenia. Rodzice kohabitujący, podobnie jak samotni, nie zawsze uzyskują pomoc materialną od rodziny partnera. Wiąże się to z brakiem oficjalnego (przez ślub) wejścia do rodziny, a co za tym idzie – oczekiwanych i integrujących rodzinę ról, takich jak role: zięcia, synowej, teścia, teściowej. Obniża to wzajemną zależność i gotowość do podejmowania zadań przypisanych do danej roli oraz naturalnie powstrzymuje przed budowaniem więzi między rodziną prokreacji a rodziną pochodzenia. W Polsce związki kohabitacyjne pozbawione są nie tylko wsparcia rodzinnego, ale również socjalnego.

Niższy poziom edukacji rodziców kohabitujacych i niższe ich dochody stanowią czynniki ryzyka problemów zdrowotnych, behawioralnych czy psychologicznych u dzieci (Acs, Nelson, 2002; Klausli, Owen, 2009). Badania dotyczące przebiegu ciąży w grupie kobiet kohabitujacych i poślubionych wskazują, że większość poronień dotyczy kobiet, które żyły w kohabitacji. Uznaje się, że na przebieg ciąży oraz zdrowie matki mają wpływ również warunki ekonomiczne, które okazały się korzystniejsze u kobiet ze związków zalegalizowanych. Zdecydowanie wyższe dochody odnotowano u tych mężatek, które nie utraciły ciąży (Gold, Sen, Hayward, 2010). Niestabilność związków kohabitacyjnych skutkuje często samotnym rodzicielstwem, a tym samym wzrostem ubóstwa i mniejszą satysfakcją dzieci z życia.

Rozdział 4

Rodzina zrekonstruowana

Aleksandra Lewandowska-Walter

4.1. Definicje i statystyki
    4.1.1. Definicje
    4.1.2. Statystyki
4.2. Rodzina zrekonstruowana jako system
4.3. Małżeństwo powtórne jako podstawa rekonstrukcji rodziny
4.4. Rodzicielstwo w rodzinie zrekonstruowanej
4.5. Dziecko w rodzinie zrekonstruowanej
    4.5.1. Typy rodzin zrekonstruowanych
4.6. Wskazówki do pracy psychoedukacyjnej i terapeutycznej

Jednym z podstawowych zadań, jakie stoją przed familiologami, jest pogłębianie i poszerzanie wiedzy dotyczącej funkcjonowania dorosłych i dzieci, którzy są członkami złożonych systemów rodzinnych. Przykładem takiego systemu jest rodzina zrekonstruowana, w której para dorosłych wychowuje wspólnie dzieci jednego z partnerów z jego poprzedniego związku. W sytuacji, gdy pierwszy związek zakończony został rozwodem, drugi rodzic biologiczny znajduje się poza rodziną, w związku z czym kontakt dzieci z nim jest ograniczony, a jego forma i częstotliwość są określone przez sąd lub przez porozumienie rodzicielskie. Coraz większy odsetek rodzin zrekonstruowanych w krajobrazie życia rodzinnego związany jest z kilkoma trendami demograficznymi, jak: wzrost częstości rozwodów, popularność związków kohabitacyjnych, coraz większa liczba urodzeń pozamałżeńskich. Dawniej powtórne małżeństwo i rodzina rekonstruowana w jego konsekwencji traktowane były jako typ rodziny niepełnej. Było to związane z brakiem odpowiedzi, na polu nauki i oddziaływań terapeutycznych, na wiele pytań, które zadawali sobie także członkowie nowej rodziny. Pytania te wskazują jednocześnie najbardziej wrażliwe obszary funkcjonowania rodziny zrekonstruowanej: przynależność i granice rodziny („Kto jest członkiem mojej rodziny?”), przestrzeń życiowa i związana z relacjami interpersonalnymi („Gdzie jest moje miejsce?”, „Z kim mogę się wiązać?”), hierarchia w rodzinie („Kto ma prawo podejmować decyzje dotyczące dzieci?”). Dodatkowo w świadomości społecznej funkcjonowały stereotypy dotyczące sposobu pełnienia roli rodzicielskiej przez nowego członka rodziny – ojczyma lub macochę, których źródłem była m.in. literatura piękna (*Jaś i Małgosia*, *Kopciuszek*, *Królewna Śnieżka*). Doświadczenia kliniczne oraz wyniki badań naukowych, których przeglądu dokonałam w tym rozdziale, pozwalają opisywać i wyjaśniać specyficzne dla rodziny zrekonstruowanej wzorce funkcjonowania. Analiza literatury pomaga wyodrębnić czynniki ryzyka i czynniki ochronne, których źródłem jest relacja partnerów powtórnie wiążących się, kompetencje rodzicielskie dorosłych opiekujących się dziećmi, a także zasoby indywidualne dzieci wychowujących się w rodzinie zrekonstruowanej i ich percepcja relacji w nowym systemie.

4.1. Definicje i statystyki

4.1.1. Definicje

Rodzinę zrekonstruowaną tworzy para dorosłych, z których przynajmniej jedno lub też oboje partnerzy mają dzieci z poprzednich związków (Visher, Visher, 1988). W najnowszej polskiej literaturze psychologicznej i socjologicznej pojawiają się liczne określenia obrazujące specyfikę rodziny zrekonstruowanej: **rodzina typu patchwork**, **wielorodzina**, **rodzina odbudowana** (m.in. Sikorska, 2009; Szlendak, 2011), które, podobnie, jak w literaturze anglojęzycznej (*remarried families*, *blended families*, *binuclear families* – za: Bray, Easling, 2005) wskazywać mają na złożoność tego typu systemu rodzinnego. Wachlarz pojęć, którymi określić można rodzinę zrekonstruowaną, jest dość szeroki, brakuje natomiast w języku polskim jednoznacznych określeń dorosłych pełniących w niej wobec dzieci rolę opiekunów, które nie byłyby jednocześnie pejoratywnie nacechowane. Sposób przedstawiania w baśniach postaci macochy i ojczyma przyczynił się bowiem do stereotypowego postrzegania osób, które stają się nowymi członkami rodziny, w tym do mniej korzystnych ocen ich zachowań i działań przez nie podejmowanych, także w celu integracji z nową rodziną (Coleman, Ganong, 1985; Lewandowska-Walter, 2006; Planitz, Feeney, 2009). Rodziny zrekonstruowane są grupą heterogeniczną ze względu na przyczynę rozpadu pierwszej rodziny i zakończenia poprzedniego związku (śmierć lub rozwód), na płeć dorosłego, który staje się nowym członkiem rodziny (rodzina zrekonstruowana z ojczymem, rodzina zrekonstruowana z macochą) oraz na liczbę i pochodzenie dzieci (rodziny zrekonstruowane z dziećmi z poprzedniego związku jednego partnera, rodziny zrekonstruowane z dziećmi z poprzednich związków obojga partnerów, rodziny zrekonstruowane z dziećmi z poprzednich związków i z dzieckiem wspólnym).

Rodziny zrekonstruowane różnią się od innych typów rodzin wzorcami funkcjonowania, organizacją życia codziennego oraz ilością i charakterem relacji między poszczególnymi osobami (Visher, Visher, 1988; Kwak, 1994; Bray, 1999), a badania długoterminowe prowadzone na świecie w ramach

szeroko zakrojonych projektów naukowych („Developmental Issues in Stepfamilies (DIS) Research Project" – Bray, 1988, 1999; Bray, Berger, 1993; Bray, Kelly, 1998; „Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage" – Hetherington, Clingempeel, 1992; Hethrington, Kelly, 2002) ujawniają złożoność w zakresie struktury, historii oraz uwarunkowań jakości życia dorosłych i dzieci w nich żyjących.

4.1.2. Statystyki

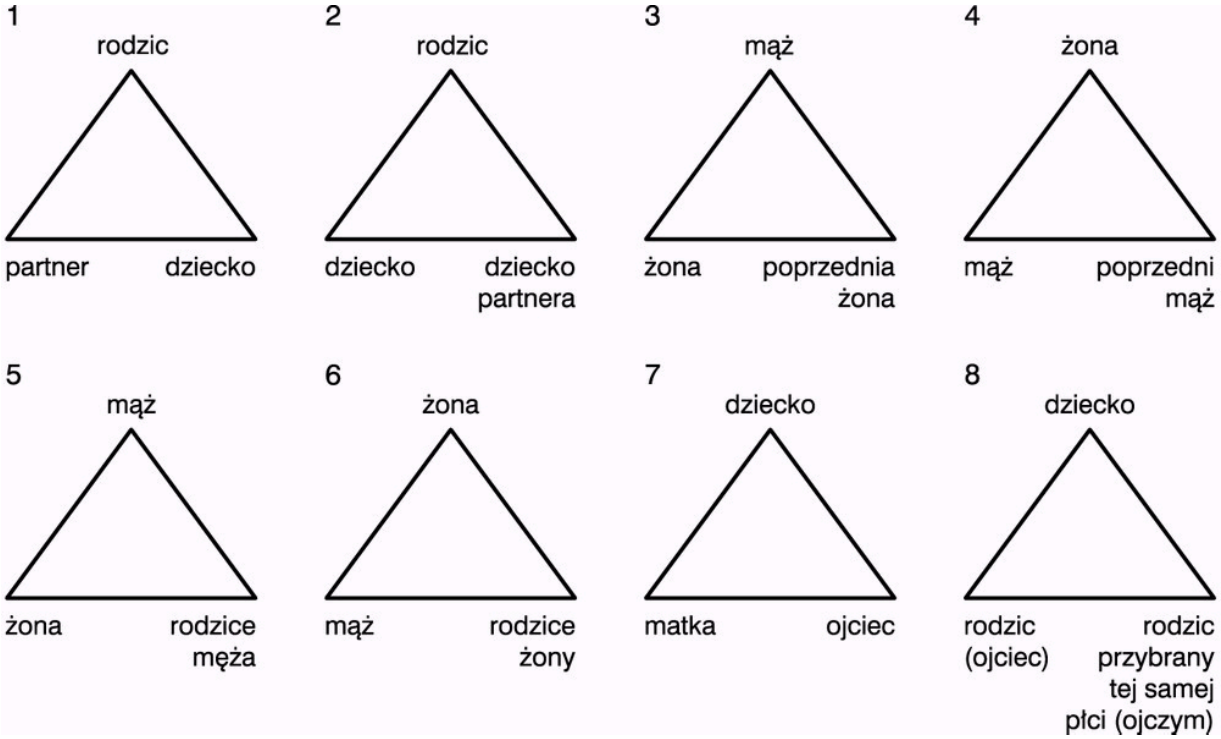
W Polsce po raz pierwszy uwzględniono rodziny zrekonstruowane jako odrębny typ w Narodowym Spisie Powszechnym z 2002 r. (*Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań*, 2002) [1]. Notowanie statystyk w tym zakresie zalecone zostało przez Unię Europejską oraz ONZ w związku z obserwowaną nietrwałością rodzin, powodującą, że coraz mniej dzieci ma szansę okres do pełnoletności przeżyć w rodzinie pierwotnej, tj. z obojgiem rodziców naturalnych (biologicznych). Wzrost liczby rodzin zrekonstruowanych na świecie, a także w Polsce, spowodowany jest kilkoma trendami demograficznymi, do których należy większa liczba osób rozwiedzionych niż owdowiałych wśród powtórnie zawierających małżeństwo, wzrost liczby rozwodów oraz większa liczba pozamałżeńskich urodzeń. Z analiz porównawczych, przeprowadzonych w Warszawie na początku lat 90. XX w. przez Strzeleckiego (1993) wynika, że na przestrzeni ok. 30 lat nastąpiła istotna zmiana dotycząca stanu cywilnego partnerów zawierających powtórne małżeństwa. Podczas, gdy na początku lat 60. podstawową grupę partnerów zawierających powtórne związki małżeńskie stanowiły osoby owdowiałe – 41% mężczyzn i 31% kobiet (osób rozwiedzionych było 32% wśród mężczyzn i 25% wśród kobiet), to w latach 90. powtórnie wiązały się przede wszystkim osoby rozwiedzione – 57% mężczyzn i 51% kobiet. W hierarchii przyczyn zakończenia pierwszego małżeństwa, czynnik społeczny, jakim jest rozwód, zastąpił zatem czynnik biologiczny, jakim jest śmierć współmałżonka. Trend ten, opisany przez Pinsofa (2002), uwarunkowany jest m.in. zwiększającą się długością życia w zachodniej cywilizacji, zmianą psychospołecznej roli kobiety oraz zmianą wartości prawnych i społecznych związanych z procesem rozwodowym. W Polsce 2011 r. ponowne związki małżeńskie zawarły 19 222 kobiety rozwiedzione,

przy czym w 9424 przypadkach były to małżeństwa, w których oboje partnerzy byli osobami rozwiedzionymi (*Rocznik statystyczny 2012*, 2012). Badania przeprowadzone przez Szukalskiego (2011) potwierdziły trend opisywany wcześniej przez Kluzową (Kluzowa, Kusz, Slany, 1991) dotyczący wzrastającej liczby małżeństw powtórnych, mimo coraz silniej zaznaczającej się skłonności osób po rozwodzie do tworzenia związków kohabitacyjnych. Ze względu na wzrost liczby nieformalnych związków, coraz więcej dzieci pochodzi z urodzeń pozamałżeńskich – w 1980 r. było to 4,8% dzieci, a w 2011 już 21,2% dzieci posiadało rodziców biologicznych, którzy nie byli ze sobą formalnie związani. Wzrasta także liczba rodzin niepełnych z samotnymi matkami i ojcami, którzy mogą zawrzeć swoje pierwsze lub powtórne małżeństwo, a ich dzieci będą wychowywane wspólnie z partnerem, który nie jest biologicznym rodzicem dziecka (*Rocznik statystyczny 2012*, 2012). Opisane trendy przyczyniają się do powstawania złożonych systemów rodzinnych, w których ustalenie ról dorosłych pełnionych wobec dzieci jest szczególnie skomplikowane, także ze względu na brak prawnych regulacji w tym zakresie. W trakcie Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r. stwierdzono, że w 107,7 tys. rodzin przynajmniej jedno z dzieci nie było dzieckiem wspólnym aktualnych opiekunów. W większości tych rodzin – 73,3 tys. – dorośli pozostawali w związku małżeńskim, a pozostałe 34,4 tys. tworzyli partnerzy z dziećmi. W rodzinach zrekonstruowanych wychowywało się 226,7 tys. dzieci w wieku poniżej 18 lat, z czego 57,3% dzieci było wychowywanych przez rodzica biologicznego i ojczyma lub macochę, a pozostałe dzieci były dziećmi wspólnymi małżonków lub partnerów. Największą grupę dzieci żyjących z jednym rodzicem biologicznym i drugim przybranym stanowiły dzieci w przedziale wieku 7–14 lat (56,3%), a następnie w wieku 15–17 lat (25,7%). W rodzinach zrekonstruowanych żyje znacznie mniej dzieci w wieku 3–6 lat (12,8%) oraz w wieku 0–2 lat (5,2%), co może oznaczać, że większość rodzin tego typu powstaje wówczas, gdy dzieci są w młodszym wieku szkolnym (*Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań*, 2002).

4.2. Rodzina zrekonstruowana jako system

Teorie przyjmujące pespektywę systemową funkcjonowania rodziny ujmują grupę jej członków jako system osób, które pozostają ze sobą w relacji. System rodziny zrekonstruowanej złożony jest nie tylko z osób, które zamieszkują ze sobą, ale też obejmuje i uwzględnia w swoim funkcjonowaniu osoby, które na co dzień nie są w nim obecne – np. rodzica biologicznego, który nie sprawuje bezpośredniej opieki nad dzieckiem po rozwodzie, a spotyka się z nim zgodnie z regulacją sądową lub porozumieniem z eksmałżonkiem (Bray i in., 1987; McGoldrick, Carter, 1989a). Perspektywa systemowa uwzględnia charakter granic zewnętrznych rodziny zrekonstruowanej, określających, kto należy do rodziny, oraz granic wewnętrznych, które decydują m.in. o hierarchii podsystemów w rodzinie i panujących w niej normach (Hetherington, Clingempeel, 1992; Hetherington, Henderson, Reiss, 1999). Model traktujący rodzinę jako system pozwala także wyjaśniać trudności, których doświadczają członkowie poszczególnych podsystemów: partnerskiego, podsystemu rodzeństwa, diady dorosły–dziecko (Lewandowska-Walter, 2009a; Shapiro, Stewart, 2012), a także analizować procesy triangulacji i doświadczane w związku z nimi konflikty lojalności (ryc. 4.1; blok rozszerzający 4.1), także z uwzględnieniem rodzin pochodzenia (Visher, Visher, 1988).

Pojęcie **lojalności rodzinnej** zostało wprowadzone przez Boszormenyi-Nagy’ego (1987) i oznacza lojalność wobec członków danego systemu rodzinnego w sensie wzajemnego darzenia się zaufaniem, uznania wzajemnych zasług, respektowania zobowiązań i pozostawania uczciwym wobec siebie nawzajem. Źródłem trudności w budowaniu funkcjonalnej rodziny zrekonstruowanej jest złożona sieć lojalności, wynikających z relacji rodzinnych pochodzących z przeszłości i teraźniejszości. Wypracowanie zaufania wobec nowych członków rodziny i praca nad spójnością nowego systemu rodzinnego jest procesem długotrwałym.



RYCINA 4.1

Procesy triangulacji w rodzinie zrekonstruowanej

Źródło: Lewandowska-Walter (2009a, na podstawie: Visher, Visher, 1988, s. 165).

Konflikt lojalności w rodzinie zrekonstruowanej jest zazwyczaj związany z trudnością w wyrażaniu uczuć i wiązaniu się emocjonalnym dziecka lub dorosłego z osobą ze zrekonstruowanego systemu wobec więzi z członkami rodziny pierwotnej. Konflikty lojalności, przeżywane zarówno przez dzieci, jak i przez dorosłych wchodzących w nowe związki, mogą stać się przeszkodą w procesie rekonstruowania rodziny. Konflikty lojalności partnera, który wszedł w kolejny związek dotyczą kontynuowania relacji z dziećmi i jednocześnie budowania nowego związku oraz kontynuowania relacji z dziećmi z pierwszego związku oraz budowania relacji z dziećmi partnera (trójkąty 1 i 2 na ryc. 4.1). Głównym źródłem napięć jest zatem wewnętrzny konflikt rodzica biologicznego między miłością do dzieci a uczuciem do nowego partnera. Intymny związek rodzica może być przez niego i jego dzieci spostrzegany jako zdrada wobec dotychczasowych więzi na rzecz nowej relacji (Crosbie-Burnett, Giles-Sims, 1991; Kurdek, 1989). W sytuacji, gdy dorosły ma

swoje dzieci z pierwszego związku, ale nie opiekuje się nimi, a na co dzień zajmuje się dziećmi partnera, może odczuwać poczucie winy wobec własnych potomków, spowodowane niższym stopniem angażowania się w ich wychowywanie. Poczucie winy może być również związane z relacją z pasierbami, których jako rodzic przybrany nie jest w stanie obdarować silnym uczuciem od początku istnienia nowej rodziny. Dorosły, który stworzył nowy związek, bez emocjonalnego zakończenia pierwotnego związku, doświadczać może konfliktu lojalności wynikającego z bycia w relacji z nowym partnerem (trójkąty 3 i 4 na ryc. 4.1). Wyrazem doświadczania tego typu triadycznych relacji przez rodziców mogą być trudności w zakresie regulacji po rozwodzie kontaktów z własnymi dziećmi, a także – w obliczu tworzenia nowej rodziny – z rodzicem swoich pasierbów, który nie jest ich bezpośrednim opiekunem. Konflikty w rodzinie zrekonstruowanej, z silniej niż w rodzinach pierwotnych przeżywanymi emocjami negatywnymi, pojawiają się również w kontekście rodzin pochodzenia partnerów (trójkąty 5 i 6 na ryc. 4.1). Dziadkom często trudno jest zaakceptować nowego członka rodziny – obcą osobę, która zamieszka z ich wnukami i ma opiekować się nimi na co dzień (Furstenberg, 1987).

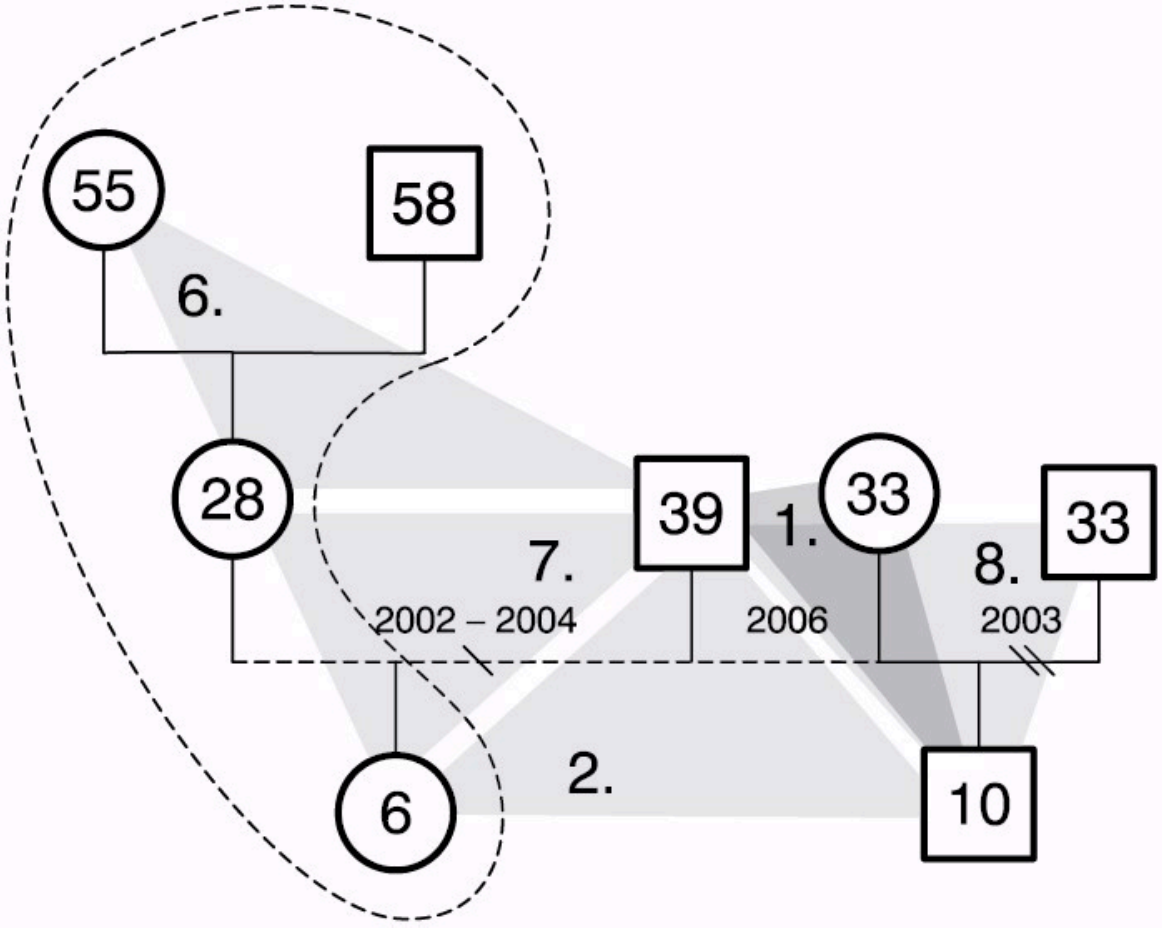
Dzieci w rodzinach zrekonstruowanych są w sposób nieunikniony również wciągane w trójkątne relacje, które są dla nich źródłem konfliktów lojalności. Dotyczą one: (1) rodziców, z których jeden pozostaje z dzieckiem, a drugi nie mieszka z rodziną, (2) rodzica biologicznego i tej samej płci nowego członka rodziny, który pełni rolę rodzica przybranego (trójkąty 7 i 8 na ryc. 4.1). Jeżeli rodzice biologiczni pozostają we wrogich stosunkach ze sobą, to dziecko może odczuwać napięcie i pozostając w bliskości z jednym z nich, traktuje to jako zdradę wobec drugiego. Traktowanie dziecka przez dorosłych jako przedmiotu konfliktu i narzędzia w walce przeciwko sobie przybiera charakter wykorzystywania. Rodzice mogą uwolnić dziecko od odczuwania konfliktu, jeśli oddzielą konflikt eksmałżeński od ról rodzicielskich, które stale pełnią wobec swoich dzieci, i jeśli będą potrafili porozumieć się ze sobą w kwestiach opiekuńczo-wychowawczych. Gdy widząc rodziców współpracujących w obszarach go dotyczących, dziecko odczuje ulgę, a dodatkowo doświadczy przyzwolenia ze strony matki i ojca na swobodne kontaktowanie się z drugim rodzicem, to konflikt lojalności zostanie wyciszony, a samopoczucie dziecka poprawi

się (Dunn i in., 2004; King, 1994). W przypadku drugiego rodzaju konfliktów, dziecko, nawet w sytuacji, gdy między rodzicem biologicznym a rodzicem przybranym tej samej płci nie ma konfliktu, odczuwać może, że jest nielojalne wobec ojca lub matki wówczas, gdy darzy sympatią nowego członka zrekonstruowanego systemu. Młodszym dzieciom łatwiej przychodzi akceptacja obecności nowego partnera rodzica, a także szybciej kształtują się między nimi pozytywne relacje. Starsze dzieci silniej odczuwają tego rodzaju konflikt, a swojemu młodszemu rodzeństwu mogą przekazywać sygnały, że nie należy odnosić się z sympatią do ojczyma lub macochy (Brand, Clingempeel, 1987).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.1

Konflikty lojalności w rodzinie zrekonstruowanej
Rodzina pierwotna
Córka, lat 6: Pochodzi ze związku nieformalnego. Od rozstania rodziców wychowywana jest przez matkę. Z ojcem kontaktuje się w terminach określonych postanowieniem sądu. Spotkania odbywają się w co drugą sobotę, w godzinach popołudniowych, w miejscu zamieszkania córki, w obecności matki lub dziadków.
Ojciec, lat 39: Od 2 lat żyje w związku nieformalnym z 33-letnią kobietą, która jest osobą rozwiedzioną (z mężczyzną, lat 33), wychowującą 10-letniego syna. Para planuje sformalizowanie związku.
Matka, lat 28: Mieszka razem z rodzicami (matka – 55 lat, ojciec – 58 lat), do których wprowadziła się po rozstaniu z partnerem. Nie jest z nikim związana.
Sytuacja rodziny
Rodzice dziewczynki byli parą 2 lata. Ich relacja, początkowo satysfakcjonująca dla obojga, stawała się coraz bardziej skonfliktowana. Partnerzy rozstali się, gdy kobieta była w ósmym miesiącu ciąży. Matka zamieszkała u swoich rodziców, którzy obecnie uczestniczą w wychowywaniu wnuczki. Po urodzeniu się dziewczynki ojciec odwiedzał córkę, partycypował w kosztach związanych z jej wychowaniem. Mężczyzna związał się ponownie i zamieszkuje obecnie z kobietą, która jest po rozwodzie i wychowuje syna ze swojego pierwszego małżeństwa.
Problemy rodziny
Rodzice dziewczynki są ze sobą skonfliktowani. Nie potrafią uzgodnić kwestii związanych z utrzymywaniem kontaktów ojca z córką. Kontakty te nie są spontanicznie. Odbywają się w miejscu zamieszkania córki,

w obecności matki lub dziadków. Matka, mimo deklaracji zrozumienia, że dziecku potrzebne są kontakty z biologicznym ojcem, wykazuje postawy lękowe, które w sposób nieuświadomiony mogą udzielać się dziecku i może ono wyrażać niechęć do kontaktów z ojcem. Matka przez zachowanie dziecka otrzymuje komunikat, który upoważnia ją do oddziaływań ochraniających i wykazuje opór przed kontaktami ojca z córką bez obecności osoby trzeciej (jej samej lub któregoś z jej rodziców). Matka dziewczynki wyraża także stanowczą niechęć co do rozszerzenia kontaktów ojca z dzieckiem. Dziewczynka zdradza objawy lęku i niepokoju, zwłaszcza wobec osób nieznanych. Ma ponadto trudności z budowaniem relacji z rówieśnikami.



RYCINA 4.2

Genogram i konflikty lojalności w rodzinie zrekonstruowanej (nr: 1, 2, 6, 7, 8, oznaczają typy konfliktów lojalności umieszczone na ryc. 4.1)

Źródło: opracowanie własne.

Konflikty lojalności jako podłoże problemów rodziny

Na rycinie 4.2 zostało przedstawionych pięć trójkątów, które stanowią ilustrację procesów triangulacji i konfliktów lojalności doświadczanych przez członków rodziny pierwotnej i zrekonstruowanej. Dziewczynka z opisanej sytuacji rodzinnej doświadczać może konfliktu lojalności (trójkąt 7.), związanego ze skonfliktowaną relacją rodziców, w obliczu której nie może swobodnie wyrażać uczuć wobec każdego z nich, a jednocześnie może czuć się zobligowana do wspierania obojga lub wybranego rodzica. Silna, wręcz symbiotyczna więź 6-latki z matką i niechęć córki wobec kontaktów z ojcem może stanowić strategię radzenia sobie z konfliktem lojalności. Matka dziewczynki, zamieszkując ponownie z rodzicami po rozstaniu z partnerem, powróciła do roli córki, która, korzystając z pomocy i wsparcia rodziców, czuje się zobligowana do postępowania zgodnie z ich wolą i oczekiwaniami. Dystansowanie się wobec byłego partnera i pozostawanie z nim w konflikcie można rozumieć jako wyraz lojalności wobec rodziców, którzy nigdy nie akceptowali związku córki ze starszym od niej o ponad 10 lat partnerem, a obecnie są negatywnie nastawieni do jego kontaktów z 6-letnią córką (trójkąt 6.). Konflikt lojalności doświadczany przez ojca dziewczynki wiąże się z obecnością w jego życiu syna partnerki. Przebywanie z nim na co dzień i budowanie relacji w nowej rodzinie intensyfikować może u ojca 6-latki tęsknotę za córką i chęć zwiększenia częstotliwości kontaktów z nią. Jednocześnie brak możliwości swobodnego kontaktowania się z córką, w związku z lojalnością odczuwaną względem relacji z nią, może stanowić przeszkodę w kształtowaniu więzi z synem partnerki (trójkąt 2.). Prawdopodobne konflikty lojalności w rodzinie zrekonstruowanej ojca 6-latki oznaczone są jako trójkąty 1. i 8. Pierwszy z nich doświadczany może być przez nową partnerkę ojca dziewczynki, która chce pozostawać lojalna jednocześnie wobec niego i wobec syna. Chłopiec, który wychowuje się w rodzinie zrekonstruowanej przez matkę, może mieć trudność w wypracowaniu relacji z jej partnerem ze względu na poczucie, że jest wówczas nielojalny wobec swojego biologicznego ojca. Opisane konflikty lojalności pomagają zrozumieć procesy zachodzące w systemie rodzinnym pierwotnym i zrekonstruowanym przez ojca 6-latki oraz trudności doświadczane przez każdą osobę będącą członkiem suprasystemu[2]. Analiza doświadczania tego typu konfliktów wewnętrznych oraz przepracowanie uczuć z nimi związanych, m.in. za pomocą technik opisanych w podrozdziale *Wskazówki do pracy psychoedukacyjnej i terapeutycznej* (tab. 4.1) stanowi ważny element pracy terapeutycznej z rodzinami zrekonstruowanymi.

Źródło: opracowanie własne.

4.3. Małżeństwo powtórne jako podstawa rekonstrukcji rodziny

Powstanie rodziny zrekonstruowanej jest efektem powtórnego małżeństwa lub nieformalnego związku powtórnego. Obecnie, w związku z coraz większą liczbą rozwodów, rodzina zrekonstruowana tworzy się najczęściej w wyniku rozpadu małżeństwa i rodziny pierwotnej, i jest uznana za jedną z alternatywnych form życia rodzinnego w ponowoczesnym świecie (Slany, 2006). Upowszechnienie się rozwodów spowodowało, że liczną grupę małżeństw powtórnych stanowią te, w których przynajmniej jedna osoba rozstała się z poprzednim partnerem/małżonkiem. Jak podaje Szukalski (2011), grupa ta stanowi 85–87% wszystkich małżeństw powtórnych, a najczęstsze kombinacje stanu cywilnego to: rozwiedziony z panną (28–30%), rozwiedziony z rozwiedzioną (25–27%) i kawaler z rozwiedzioną (21–25%). Inne, zaobserwowane w ostatniej dekadzie tendencje demograficzne, to obniżanie się wieku osób zawierających powtórnie związek małżeński, a także coraz krótszy okres upływający od rozwodu do ponownego ożenku lub zamążpójścia (Szukalski, 2011). Z badań polskich (Kluzowa, Kusz, Slany, 1991) wynika, że głównym motywem zawierania związku powtórnego jest miłość. Najczęściej pobierają się partnerzy, którzy nie mają dzieci (35%), następnie ci, którzy mają już wspólne dziecko (31%), a na dalszych miejscach plasują się nowożeńcy, którzy wychowują dzieci ze swoich poprzednich związków i ewentualnie dziecko wspólne. W powtórnych związkach aż 77% małżonków jest usatysfakcjonowanych relacjami z partnerem i uważa małżeństwo za udane. Doświadczenia kliniczne i badania naukowe (Visher, Visher, 1988; Lewandowska-Walter, 2009b) pokazują, że zazwyczaj dorośli nie są jednak usatysfakcjonowani poziomem zespolenia zrekonstruowanej rodziny oraz hierarchią władzy związaną z podejmowaniem decyzji i zarządzaniem życiem rodzinnym. Z badań wynika, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni w rodzinach zrekonstruowanych oczekiwaliby bardziej egalitarnego układu w związku (77,1% ojczymów, 74,3% matek), jednak przeszkodą w zrealizowaniu tego oczekiwania i źródłem obawy przed podjęciem zadań i obowiązków w rodzinie może być niejednoznacznie społecznie określona rola przybranego rodzica, funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy ojczyma

i macochy oraz silna więź rodzic biologiczny–dzieci, przeradzająca się obliczu konfliktów w koalicję (Lewandowska-Walter, 2009b).

Silny i stabilny związek pary dorosłych tworzących rodzinę zrekonstruowaną jest czynnikiem gwarantującym rozwój satysfakcjonujących relacji w nowej rodzinie, podobnie jak w rodzinie pierwotnej, w której „para rodziców jest architektem rodziny" (Satir, 2002b). Różnice w ocenie jakości związku między małżonkami w pierwszych i powtórnych związkach są nieznaczne i dotyczą głównie pierwszych faz cyklu życia pary, na korzyść tych drugich (tzn. związków powtórnych) (Verner i in., 1989; Bray, Berger, 1993). Satysfakcja z relacji dorosłych w pierwszych latach trwania związku nie jest związana z wychowaniem dzieci (Bray, 1988; Hetherington i in., 1992). Po upływie kilku lat życia w rodzinie zrekonstruowane relacje małżeńskie lub partnerskie zaczynają mieć bardziej znaczący wpływ na funkcjonowanie dzieci i ich relacje z dorosłymi – zarówno z rodzicem biologicznym, jak i z przybranym (Bray, Berger, 1993; Hetherington i in., 1992).

W rodzinach zrekonstruowanych, nawet w tych, w których stosunki między członkami rodziny są satysfakcjonujące, spójność w diadzie dorosłych jest jednak niższa niż w rodzinach pierwotnych (Coleman, Ganong, Fine, 2000), co jest związane z silnymi więziami uczuciowymi rodzica biologicznego i dziecka (Brown, Green, Druckman, 1990, za: Visher, Visher, Pasley, 2003). Wśród czynników warunkujących satysfakcję z jakości związku powtórnego znajdą się zatem relacje rodzica przybranego z dziećmi, z którymi nie jest on związany biologicznie, a także umiejętność porozumiewania się dorosłych w kwestiach opieki i wychowywania dzieci jednego z partnerów z jego poprzedniego związku.

Przegląd literatury dotyczącej radzenia sobie partnerów w powtórnym związku z przystosowaniem do życia w rodzinie zrekonstruowanej wskazuje na kilka strategii, które służyć mają konstruktywnemu rozwiązaniu problemów lub zniwelowaniu poziomu doświadczanego stresu. **Ukrywanie faktu życia w rodzinie zrekonstruowanej** to strategia, której specyfika polega na próbie odtwarzania relacji w rodzinie, pod względem granic i więzi między członkami systemu, na wzór rodziny pierwotnej. Problemem, który ujawnia się z czasem w rodzinach stosujących tę strategię, jest odizolowanie rodzica biologicznego, który nie jest bezpośrednim opiekunem dziecka i przy tak funkcjonującej nowej rodzinie

może on mieć trudności z utrzymywaniem kontaktów z dzieckiem. Konsekwencją są wnioski składane do sądu o uregulowanie tych kontaktów, co staje się zarzewiem konfliktu między dorosłymi rekonstruującymi rodzinę i eksmałżonkiem jednego z nich. Inną strategią, która pojawia się najczęściej w obliczu kryzysu i trudności z wypracowaniem zasad życia w zrekonstruowanym systemie jest **odsunięcie się jednego z członków rodziny**, którym najczęściej jest partner rodzica biologicznego, opiekującego się dzieckiem. W konsekwencji stosowania tej strategii obniża się satysfakcja z jakości związku, gdyż partnerzy oddalają się od siebie i nie mogą udzielać sobie nawzajem wsparcia. Trzecią strategią wyróżnioną w literaturze jest **nadmierne zaangażowanie rodzica przybranego**, co w przypadku macoch stanowi sposób na zaprzeczenie stereotypowi okrutnej macochy, jednak stosowanie tej strategii grozi zaostrzeniem się konfliktu w relacji rodzic przybrany–dziecko, a w konsekwencji pogorszeniem relacji partnerskiej wówczas, gdy rodzic biologiczny stworzy koalicję z dziećmi lub będzie starał się je ochraniać (Visher, Visher, 1988; Crosbie-Burnett, 1989; Ganong, Coleman, Fine, 1999; Schrodt, 2006; Christian, 2005).

Poszukiwanie profilu osobowości partnera rekonstruującego system, i będącego jego członkiem, wiążącego się z oceną funkcjonowania rodziny na poszczególnych poziomach systemu (rodzina, diada dorosłych, diada z dzieckiem, ja w systemie) przyniosło efekt w postaci wyróżnienia trzech skupień kobiet i mężczyzn: „depresyjnych i emocjonalnych", „unikających" i „konfrontujących" (Lewandowska-Walter, 2009b). Profil pierwszy zgrupował osoby łagodnie depresyjne z silną tendencją do koncentrowania się na własnych przeżyciach w sytuacji doświadczania kryzysu. W drugiej grupie znaleźli się badani, których wyróżniało wyższe niż przeciętne nasilenie unikania myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej jako strategii radzenia sobie. Partnerów „konfrontujących" charakteryzował natomiast wyższy od przeciętnego poziom stosowania zadaniowego stylu rozwiązywania sytuacji kryzysowych. W stosunku do partnerów „unikających" i „konfrontujących", „depresyjni i emocjonalni" istotnie częściej oceniali relacje w rodzinie jako zaburzone lub w niskim stopniu sprzyjające dobrostanowi psychicznemu członków systemu. Dorośli należący do grupy „konfrontujących" wydają się być świadomi problemów, które mogą wynikać ze specyfiki rodziny zrekonstruowanej i zadaniowo podchodzą do konfliktów pojawiających się między poszczególnymi jej

członkami. „Unikający” natomiast uciekają od rozwiązywania problemów i izolują się tym samym od doświadczania kryzysu lub jego przeżywania. W ten sposób starają się stworzyć obraz dobrej rodziny, który jest tylko pewną fasadą prawidłowego jej funkcjonowania.

4.4. Rodzicielstwo w rodzinie zrekonstruowanej

Mimo potwierdzonego wieloma badaniami pozytywnego wpływu autorytatywnego stylu wychowania na rozwój i funkcjonowanie dzieci z różnych typów rodzin, dorośli w rodzinach zrekonstruowanych rzadko prezentują postawy wskazujące na ten styl (Hetherington, Kelly, 2002). Wyjaśnień takiego wyniku badań poszukuje się w podwyższonym poziomie stresu, którego doświadczają dorośli przechodzący przez transformacje życia rodzinnego w wyniku separacji, rozwodu i ponownego wiązania się. Reorganizacja ról w rodzinie, zasad w niej obowiązujących oraz budowanie nowych relacji wymaga wysiłku i jest źródłem stresu, który może przekładać się na stosunki zarówno w diadzie rodzic biologiczny–dziecko, jak i między rodzicem przybranym i dzieckiem (Cartwright, 2010). Z długoterminowych badań prowadzonych nad rodzinami zrekonstruowanymi z ojczymem w ramach projektu „DIS” (Bray, 1999; Bray, Kelly, 1998) oraz „Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage” (Hetherington i in., 1992; Hetherington, Kelly, 2002) wynika, że zwłaszcza w początkowych fazach tworzenia się rodziny zrekonstruowanej relacje między matkami i dziećmi były bardziej napięte i skonfliktowane w porównaniu do tych w rodzinach pełnych i z jednym rodzicem. Matki biologiczne w rodzinach zrekonstruowanych doświadczały trzykrotnie wyższego poziomu stresu, więcej trudności związanych z rodzicielstwem, a także były mniej wrażliwe na potrzeby dzieci niż matki w rodzinach pełnych. Mimo że po okresie dwóch lat matki ustabilizowały się w pełnieniu ról rodzicielskich w nowej rodzinie, u dzieci nadal obserwować można było więcej, w stosunku do dzieci z rodzin pełnych i z jednym rodzicem, zachowań świadczących o trudnościach adaptacyjnych. Zaobserwowano również, że dzieci, w okresie budowania relacji w nowej rodzinie, konkurowały z nowym partnerem matki

o poświęcany poszczególnym członkom rodziny czas i uwagę, a także czuły się odrzucone i zaniedbywane emocjonalnie przez matkę. Badania Hetheringtona i współpracowników (1992; Hetherington, Kelly, 2002) potwierdziły istnienie dystansu i napięcia w relacji rodzica biologicznego także z dorastającym dzieckiem w trakcie dwóch lat od rekonstrukcji systemu.

Innym źródłem napięcia w nowej rodzinie jest brak biologicznej więzi jednego z opiekunów z dzieckiem (Saint-Jacques i in., 2011). Nowy członek rodziny, który w codziennych obowiązkach chce wspierać swojego partnera – rodzica biologicznego dzieci – może być postrzegany jako intruz i nie jest akceptowany przez dzieci, szczególnie w początkowych fazach tworzenia się rodziny zrekonstruowanej (Visher, Visher, 1996; Ganong, Coleman, Hans, 2006; Saint-Jacques i in., 2011). Konsekwencją dystansu lub konfliktów w relacji przybrany rodzic–dziecko, które występują na początku procesu budowania relacji w nowej rodzinie, jest osłabienie więzi w diadzie partnerów w początkowym okresie kształtowania się związku intymnego. W sytuacji trudności pojawiających się w relacji rodzic przybrany–dziecko, rodzic biologiczny staje zwykle po stronie dziecka ze względu na więź biologiczną, silniejszą i w historii rodziny zrekonstruowanej poprzedzającą więź z nowym partnerem (Ganong, Coleman, Hans, 2006; Cartwright, 2010). Innym wyzwaniem dla nowego partnera rodzica biologicznego jest określenie swoich kompetencji rodzicielskich i obszarów, w których będzie mógł współpracować z rodzicami biologicznymi dzieci (zarówno z tym, który jest ich bezpośrednim opiekunem, jak i z tym, z którym dzieci na co dzień nie mieszkają) oraz kompetencji i obszarów, w których pole do decyzji pozostawia w pełni rodzicom biologicznym. Czasami w jednej rodzinie zrekonstruowanej dorośli są jednocześnie rodzicami biologicznymi i przybranymi, co dodatkowo komplikuje określenie swojej roli i zakresów obowiązków opiekuńczych wobec dzieci „moich”, „twoich” i „naszych”, czyli wspólnych, które pojawiły się w nowej rodzinie.

Mimo wielu wyzwań, które czekają dorosłych decydujących się ponownie wejść w związek małżeński i stworzyć rodzinę zrekonstruowaną, niewielu z nich, jak pokazują badania (Smith, 2008; Cartwright, 2010) czyni konieczne do tego przygotowania i plany uwzględniające m.in. zmiany w rolach rodzicielskich. Z badań brytyjskich wynika, że jedynie

30% matek rozmawiało ze swoim partnerem i przyszłym mężem o obszarach odpowiedzialności dotyczących wychowywania dzieci i o podziale zadań rodzicielskich (Smith, 2008). Podobnie w Nowej Zelandii, 2/3 spośród rodziców uczestniczących w badaniach prowadzonych przez Cartwright (2010) nie rozmawiało ze sobą o kwestiach opieki nad dziećmi, co wiązać można z nierealistycznymi oczekiwaniami i mitami, które towarzyszą dorosłym przed rekonstrukcją rodziny (por. Papernow, 2006). Nowsze badania ujawniają także, że brak rozmów dotyczących rodzicielstwa w rodzinie zrekonstruowanej może wynikać z częstszego, niż u małżonków w pierwszych związkach, unikania trudnych tematów przez partnerów wiążących się ponownie i z wycofywania się z dyskusji, które mogłyby doprowadzić do sporów, zwiększających ryzyko ich rozstania się (Afifi, Schrodt, 2003; Halford, Nicholson, Sanders, 2007).

Kolejna grupa badań wskazuje na niejednoznaczość postaw wychowawczych prezentowanych przez dorosłych wobec dzieci (m.in. Crosbie-Burnett, 1984, 1991; Fine, Kurdek, 1992; Planitz, Feeney, 2009). Niejasna, zwłaszcza dla dziecka, jest hierarchia ról pełnionych przez wszystkich dorosłych, którzy opiekują się nim wówczas, gdy przebywa na stałe w jednym domu, ale odwiedza dom drugiego rodzica biologicznego (Hetherington, 1993; Dunn i in., 2004). Analizy postaw rodzicielskich i stylów wychowawczych koncentrują się wokół dwóch wymiarów: **ciepło** i **kontrola** (*warmth and control* – Maccoby, Martin, 1983; Fine, Coleman, Ganong, 1998) i ujawniają, że proces zaakceptowania nowego członka rodziny przebiega szybciej w sytuacji, kiedy ojczym wspiera przybrane dziecko w trudnych sytuacjach, bez angażowania się w rolę rodzica dyscyplinującego i kontrolującego. Postawa ta jest korzystna dla funkcjonowania rodziny szczególnie w początkowych fazach jej cyklu rozwojowego (Papernow, 1984). Komponent postawy rodzicielskiej, jaką jest kontrola i stawianie wymagań, prezentowany przez rodzica przybranego może skutkować trudnościami adaptacyjnymi dziecka i nasilaniem się u niego zachowań problematycznych (Bray, 1999; Coleman, Ganong, Fine, 2000; Hetherington, Kelly, 2002; Papernow, 2006; Cartwright, 2010). W ustabilizowanych rodzinach zrekonstruowanych z adolescentami, autorytatywny styl wychowywania prezentowany przez rodzica przybranego jest natomiast akceptowany w większym stopniu przez

dorosłych i dzieci niż w rodzinach z młodszymi podopiecznymi (Hetherington, 1993).

Z badań brytyjskich wynika, że w ustabilizowanej pod względem relacji rodzinie zrekonstruowanej ojczymowie i macochy angażowali się w proces opiekuńczo-wychowawczy w szerszym zakresie niż ojcowie i matki z rodzin pełnych (Ferri, Smith, 1998). Jakkolwiek taka współpraca partnerów w rodzinie zrekonstruowanej jako rodziców może być pożądana przez dorosłych, to jednak przez dziecko może ona być spostrzegana jako zagrażająca. Jako niekorzystną dla siebie dziecko może postrzegać sytuację, w której rodzic przybrany (ojczym lub macocha) przejmuje zbyt wiele obowiązków; gdy poświęca on dziecku dużo czasu i angażuje się w jego wychowanie w stopniu podobnym do rodzica biologicznego, dziecko może mieć poczucie, że jego czas spędzany z rodzicem biologicznym jest ograniczany. Okazuje się jednak, że na co dzień to rodzice biologiczni pozostają bardziej odpowiedzialni za wychowanie dziecka, a rodzice przybrani angażują się zazwyczaj w wypełnianie względem dzieci takich obowiązków, jak np. przygotowanie posiłku, transport do szkoły i na zajęcia pozaszkolne. Czynności, w których konieczna jest bardziej intymna relacja z dzieckiem, wykonuje natomiast matka i/lub ojciec (O’Connor, Insabella, 1999; Cartwright, 2010).

Ostatnim aspektem rodzicielstwa w rodzinie zrekonstruowanej, będącym źródłem napięć dla członków tego złożonego systemu, jest współpraca biologicznych rodziców dzieci, którzy po rozwodzie muszą uzgodnić nowy podział obowiązków opiekuńczo-wychowawczych. Rodzice, którzy nie zgadzają się ze sobą co do powinności rodzicielskich, podziału i zakresu obowiązków wychowawczych, metod opieki itd., mają znacznie większe trudności z postawieniem granicy między sferą małżeńską a rodzicielską w swoich porozwodowych relacjach. Sytuacja, gdy rodzice otwarcie walczą i kłócą się o zakres ról rodzicielskich, jest znacznie bardziej zagrażająca dla dobrostanu i równowagi dzieci, niż sytuacja, w której spory dotyczą relacji małżeńskiej (zwłaszcza, jeśli dzieci są tego świadkami) (Vassiliou, Cartwright, 2001; Feinberg, Kan, Hetherington, 2007). Badania Leite’a i McKenry’ego (2002, za: Cohen, Finzi-Dottan, 2005) wykazują, że poziom satysfakcji ojca z bycia rodzicem po rozstaniu z matką jest silnie uzależniony od stopnia jego konfliktu z eksmałżonką – satysfakcja z rodzicielstwa u ojców jest związana z jakością ich relacji z matką dzieci,

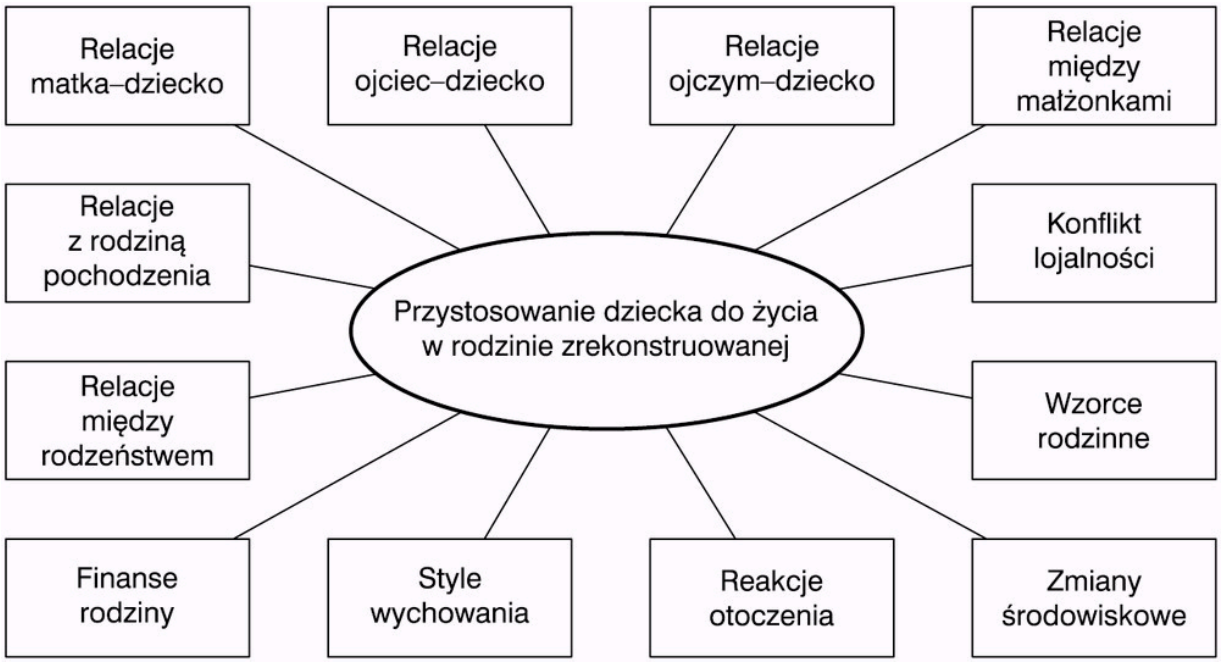
a im mniejsze pole do podejmowania decyzji związanych z życiem dziecka, tym silniejsze niezadowolenie rodzica biologicznego, niemieszkającego na co dzień z dzieckiem. Badania prowadzone przez Cohen i Finzi-Dottan (2005) prowadzą do podobnych wniosków, a dodatkowo wykazują, że poziom zadowolenia matek ze swojego rodzicielstwa po rozwodzie wiąże się z ich predyspozycjami indywidualnymi i własnymi działaniami, podejmowanymi jako samodzielny rodzic, oraz ze stylem przywiązania i wychowania, który wykształciły w relacji z dzieckiem. Ponadto, dorośli, którzy po rozwodzie potrafią prawidłowo komunikować się na płaszczyźnie rodzicielskiej, są bardziej usatysfakcjonowani jakością swoich relacji romantycznych w ponownych związkach oraz wykazują mniej symptomów świadczących o problemach psychicznych (Schrodt, Braithwaite, 2011).

Role rodzicielskie w systemie rodziny zrekonstruowanej powinny być uzgodnione przez wszystkich członków rodziny, z uwzględnieniem potrzeb dorosłych i dzieci, oraz wykazywać się elastycznością, która pozwoli na dokonywanie zmian w sposobie ich pełnienia w zależności od fazy tworzenia się nowego systemu oraz fazy w cyklu rozwoju rodziny. Inne zachowania i inny podział obowiązków między rodzicami biologicznymi dziecka i rodzicami przybranymi (ojczym, macocha) może być akceptowany i pożądany w rodzinie z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa, a inny w rodzinie z adolescentem.

4.5. Dziecko w rodzinie zrekonstruowanej

Badania porównawcze nad przebiegiem rozwoju i dobrostanem psychicznym dzieci wychowywanych w rodzinach pełnych i w rodzinach zrekonstruowanych wskazują na umiarkowane różnice między funkcjonowaniem dzieci z obu tych typów rodzin. Wyniki wykazują, że dzieci z rodzin zrekonstruowanych w wieku od wczesnego dzieciństwa, przez adolescencję aż do okresu wczesnej dorosłości funkcjonują gorzej niż dzieci z rodzin pełnych w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej (Coleman, Ganong, Fine, 2000; Manning, Lamb, 2003; Brown, 2003, 2004; Artis, 2007; Walęcka-Matyja, 2010; Woźniak i in., 2013). Model jakości życia dziecka wychowującego się w rodzinie

zrekonstruowanej (por. ryc. 4.3) uwzględnia wiele obszarów, od których zależy przebieg procesu przystosowywania się dziecka do życia w takiej rodzinie. Niska jakość wyróżnionych w modelu obszarów życia i relacji między członkami rodziny zagrażać będzie prawidłowemu przebiegowi procesu adaptacji do zmian, natomiast wysoka ich jakość tworzyć będzie pozytywny kontekst rozwoju dziecka i jego funkcjonowania w nowej rodzinie (Lewandowska-Walter, 2008, 2009b). Poziom nasilenia i specyfika problemów w poszczególnych obszarach są ponadto związane z fazą cyklu życia rodziny, jak również z tym, czy jest to rodzina zrekonstruowana z ojczymem, czy z macochą.



RYCINA 4.3

Model jakości życia dziecka w rodzinie zrekonstruowanej z ojczymem

Źródło: Lewandowska-Walter (2008, s. 119).

Najbardziej niestabilny, cechujący się kumulacją stresu związanego ze zmianami w strukturze rodziny i w czynnikach środowiskowych jest okres początkowych 5–7 lat od powtórnego związania się dorosłych i założenia przez nich nowej rodziny (Hetherington, Kelly, 2002). Okres ten trwa zazwyczaj krócej w przypadku par, które związały się wówczas, gdy ich dzieci były małe, dłuższy jest natomiast dla dorosłych zakładających

złożoną rodzinę zrekonstruowaną, w której wychowuje się razem rodzeństwo biologiczne, przyrodnie oraz dzieci niespokrewnione ze sobą. Jedna z koncepcji teoretycznych, wyjaśniających, dlaczego dzieci z rodzin zrekonstruowanych znajdują się w grupie większego ryzyka nieprzystosowania społecznego, wskazuje dodatkowo na ilość transformacji struktury systemu rodzinnego, przez którą przechodzą jego członkowie, czasem w ciągu zaledwie 2–5 lat (Capaldi, Patterson, 1991) (por. blok rozszerzający 4.2).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.2

Kształtowanie się i struktura suprasystemu rodziny zrekonstruowanej

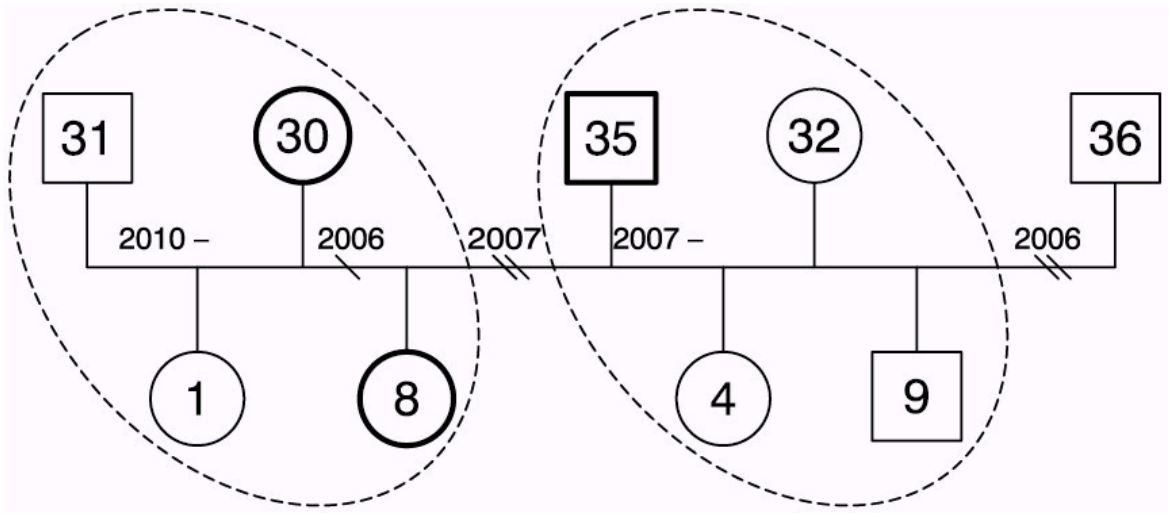
Przedstawione dalej ryciny (oś czasu – ryc. 4.4, oraz genogram – ryc. 4.5) pokazują wydarzenia z życia 8-letniej Kasi, której rodzice rozwiedli się, kiedy miała ona 3 lata, oraz strukturę jej obecnej rodziny. Po formalnym rozstaniu oboje rodzice Kasi założyli nowe rodziny – ojciec pozostaje w związku z kobietą, która wychowuje syna ze swojego pierwszego małżeństwa, a matka wyszła za mąż i w jej zrekonstruowanej rodzinie pojawiło się dziecko wspólne małżonków. Suprasystem rodziny zrekonstruowanej ukształtował się w wyniku przemian, które nastąpiły w krótkim czasie. Nieprzeżyta strata (pierwsze małżeństwo) lub krótki okres między rozwodem a zawarciem ponownego małżeństwa jest jednym z czynników niekorzystnie wpływających na kształtowanie się relacji w nowej, rekonstruowanej rodzinie. McGoldrick i Carter (1989a) podkreślają, że rodzina po rozwodzie musi przejść przynajmniej jedną dodatkową fazę, aby odzyskać homeostazę i przygotować plany dotyczące przyszłości wszystkich członków „rozszerzonej" rodziny. Dorosłym czas ten jest potrzebny, aby przepracować zależność od współmałżonka i wypracować porozumienie rodzicielskie, tak aby kontynuować uzupełniające się role matki i ojca. Uporanie się ze stratą pierwszego małżeństwa („rozwód emocjonalny") i pierwotnej rodziny jest zadaniem, którego zrealizowanie umożliwia zaangażowanie się w budowanie nowych więzi i rekonstrukcję rodziny ze świadomością możliwych trudności i gotowością do szukania rozwiązań nowych problemów.



RYCINA 4.4

Oś czasu z wydarzeniami, które zmieniały strukturę rodziny

Źródło: opracowanie własne.



RYCINA 4.5

Genogram suprasystemu rodziny zrekonstruowanej

Źródło: opracowanie własne.

Rodzina pierwotna

Ojciec, lat 35: Powtórnie żonaty, z drugiego związku ma 4-letnią córkę. Jego druga żona, lat 32, ze swojego pierwszego związku małżeńskiego, który trwał 9 lat, ma 9-letniego syna.

Matka, lat 30: Z drugiego związku małżeńskiego ma roczną córkę Paulinę.

Córka Kasia, lat 8: Mieszka z matką.

Sytuacja rodzinna

Rodzice Kasi przed ślubem znali się bardzo krótko. Matka dziewczynki jest przekonana, że ciąża zaważyła o sformalizowaniu związku (była wówczas w czwartym miesiącu ciąży). Po narodzinach córki, matka zajęła się dzieckiem, a między małżonkami tworzył się coraz większy dystans. Na

początku 2006 r. matka Kasi wyprowadziła się od męża, zabierając ze sobą córkę. Rozwód, o który wniósł ojciec Kasi, nastąpił bez orzekania o winie. Pod koniec 2007 r. ojciec dziewczynki zawarł kolejny związek małżeński, w którym pojawiło się dziecko. Kasia coraz mniej chętnie spotykała się z ojcem, który wraz ze swoją nową rodziną zamieszkał w swoim domu rodzinnym. Matka Kasi także założyła nową rodzinę. Dziewczynka ma roczną przyrodnią siostrzyczkę. Kasia uczęszcza do tej samej szkoły, co syn drugiej żony ojca. Bywa, że ojciec dziewczynki odbiera chłopca ze szkoły, co wzbudza zazdrość córki. Dziewczynka identyfikuje się z rodziną, w której funkcjonuje matka, jej mąż i przyrodnia siostrzyczka. Do męża matki zwraca się w formie „tato".

Problemy rodziny

1) Rodzice Kasi, po rozstaniu oraz formalnym orzeczeniu rozwodu, nie podjęli w sposób prawidłowy współpracy w zakresie obowiązków opiekuńczo-wychowawczych wobec córki.
2) Do konfliktu włączeni zostali aktualni partnerzy byłych małżonków.
3) Dziewczynka coraz mniej chętnie spotyka się z ojcem.

Źródło: opracowanie własne.

4.5.1. Typy rodzin zrekonstruowanych

Rodzina z ojczymem

Rodziny, w których opiekę nad dziećmi sprawuje, obok matki biologicznej, ojczym, są najczęściej spotykanym typem rodziny zrekonstruowanej. Badania pokazują, że członkowie tych rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin z dziećmi w młodszym wieku, narażeni są na mniej sytuacji stresogennych niż członkowie pozostałych typów rodzin zrekonstruowanych. Stwierdzono różnice płciowe dotyczące stosunku dziecka do przybranego rodzica – chłopcy reagują przychylniej niż dziewczynki na pojawienie się w domu nowego męża matki (Hetherington, 1993). Istotnym czynnikiem wpływającym odmiennie na przystosowanie się do życia w rodzinie z ojczymem chłopców i dziewcząt jest czas, który upływa od rekonstrukcji systemu. W przypadku chłopców im dłużej rodzina zrekonstruowana mieszkała razem, tym bardziej pozytywnie oceniane były relacje ojczym–pasierb przez adolescenta i jego matkę biologiczną. Relacja ojczym–pasierbica z upływem czasu była postrzegana mniej korzystnie przez dziewczęta i ich matki, jednak czynnikiem pozytywnie wpływającym

na bliskość z rodzicem przybranym była możliwość częstego, regularnego kontaktowania się z ojcem biologicznym (Clingempeel, Segal, 1986). Badania prowadzone w latach 80. XX w. wykazały mniejsze zaangażowanie ojczymów w wychowanie niż zaangażowanie rodziców biologicznych, będących bezpośrednimi opiekunami dzieci, a także niż zaangażowanie obojga rodziców w rodzinach pełnych (Hetherington, Clingempeel, 1988 za: Collins, Newman, McKenry, 1995). Z późniejszych badań prowadzonych przez Collinsa i jego współpracowników (1995) wynika, że prawidłowa komunikacja ojczyma z pasierbami jest czynnikiem istotniejszym dla dobrostanu psychicznego dziecka w rodzinie zrekonstruowanej niż jakość komunikacji z matką, co wiązać można z procesem przemian ról rodzicielskich oraz większym obecnie niż w przeszłości zaangażowaniem mężczyzn w proces wychowawczy.

Rodzina z macochą

Wyniki niektórych badań wykazują, że dzieci mieszkające z ojcem i jego drugą żoną przeżywają więcej napięć niż dzieci, które pozostają pod opieką matki i ojczyma (Coleman, Ganong, Fine, 2000). Taki rezultat badań wskazuje na specyfikę funkcjonowania rodziny, której członkiem jest macocha. Opieka bezpośrednia jest przyznawana po rozwodzie ojcom znacznie rzadziej niż matkom, zwłaszcza wówczas, gdy wychowywali oni córkę, i zazwyczaj wówczas, gdy relacja matka biologiczna–dziecko nie kształtowała się prawidłowo jeszcze przed rozstaniem małżonków, lub gdy konflikt zaostrzył się w sytuacji okołorozwodowej. Można jednak przypuszczać, że przerwy w kontaktach matki biologicznej z dzieckiem, występujące w przypadku, gdy ojciec przejmuje opiekę nad dzieckiem, są dla najmłodszych trudniejsze do przyjęcia, niż rzadsze kontakty z ojcem biologicznym w trakcie rozwodu lub po jego orzeczeniu.

W przypadku pozostawania dziecka pod opieką ojca i jego partnerki, jedną z przyczyn napięć w nowej rodzinie może być dodatkowo wysiłek wkładany przez macochę we wsparcie pasierba lub pasierbicy w budowaniu bliższej relacji z nimi, co, wbrew zamierzeniom, nasilać będzie u dziecka konflikt lojalności wobec matki biologicznej (Clingempeel, Segal, 1986). Istnieje zatem konieczność zwiększenia elastyczności granic w suprasystemie rodziny zrekonstruowanej, utrudniające jednocześnie jej

członkom ich dookreślenie. Konflikty między rodzicami biologicznymi wiążą się w takiej sytuacji dodatkowo z większą zazwyczaj u matek biologicznych niż u ojców motywacją do uczestniczenia w życiu własnych dzieci, nawet wówczas, gdy nie pozostają one pod ich bezpośrednią opieką (Saint-Jaques i in., 2011). Z badań Gosselin (2010) wynika, że wzrost nasilenia konfliktu w relacji macocha–pasierb/pasierbica pozostaje w związku ze spadkiem siły konfliktu między ojcem biologicznym i dzieckiem, co wskazuje na znaczenie procesów triangulacji i tworzenia się koalicji rodzic–dziecko dla poczucia wykluczenia macochy z rodziny, którą współtworzy ona z partnerem.

Złożona rodzina zrekonstruowana z dziećmi z poprzednich związków obojga partnerów i/lub z ich własnym dzieckiem

Z badań nad złożonymi rodzinami zrekonstruowanymi wynika, że są one, spośród wszystkich typów, najbardziej narażone na powtórny rozwód (Coleman, Ganong, Fine, 2000), a im większa liczba dzieci, tym większe prawdopodobieństwo rozpadu rodziny zrekonstruowanej (Hetherington, 1993). Wyzwania towarzyszące budowaniu dobrych relacji w rodzinie złożonej z partnerów i dzieci z ich poprzednich związków dotyczą dodatkowo stosunków między przybranym rodzeństwem, hierarchii między dziećmi, nowych układów najstarszy–najmłodszy, dziewczynki–chłopcy. Niemal w połowie ponownie zawartych małżeństw, po ok. 2 latach istnienia nowej rodziny, pojawia się „własne” dziecko (Wineberg, 1992). W Stanach Zjednoczonych w 5% rodzin zrekonstruowanych wspólnie zamieszkują trzy podsystemy dzieci – „jego”, „jej” i „nasze” (Coleman, Ganong, Fine, 2000). „Własne” dziecko, które pojawia się w pierwszej fazie integrowania rodziny zrekonstruowanej jako „dopełnienie” rodziny i sposób na rozwiązanie problemów, może przynieść efekty inne od spodziewanych, czyli niekorzystne dla funkcjonowania systemu. Jeśli natomiast parze udało się już stworzyć intymne i trwałe więzi małżeńskie, „własne” dziecko przyczynia się do szybszej integracji całej rodziny (Visher, 2003). Inne badania, z niewielkiej puli tych poświęconych rodzinom z „własnym” dzieckiem, wskazują na efekt buforowy pojawienia się nowego członka rodziny. Okazuje się, że mniej prawdopodobne jest, iż rodziny

zrekonstruowane z „własnym” dzieckiem rozpadną się i małżeństwo partnerów zakończy sprawa rozwodowa (Wineberg, 1992).

4.6. Wskazówki do pracy psychoedukacyjnej i terapeutycznej

Wraz ze wzrostem liczby rodzin zrekonstruowanych, przy ogólnie większej obecnie refleksyjności dotyczącej funkcjonowania małżeństwa i rodziny, nazywanej przez amerykańskich socjologów „uszlachceniem psychologicznym” (Skolnick, Skolnick, 2007, za: Szlendak, 2011), członkowie nowych rodzin poszukiwać będą porad specjalistów i ich wsparcia w rekonstruowaniu systemu rodzinnego. Celem konsultacji specjalistycznych może być psychoedukacja lub terapia rodzinna z udziałem członków rodziny zrekonstruowanej, nierzadko w gronie poszerzonym, np. o rodzica biologicznego, który nie jest bezpośrednim opiekunem dziecka.

Psychoedukacja ma służyć uświadomieniu partnerom decydującym się na powtórny związek wyzwań, którym będą musieli oni sprostać, rekonstruując rodzinę. Polega na przedstawieniu im faz cyklu życia rodziny zrekonstruowanej z zaznaczeniem trudności, których mogą doświadczać i zadań, których zrealizowanie pomocne będzie dorosłym i dzieciom w przystosowaniu się do funkcjonowania w nowym systemie. Na etapie **wkraczania w nową relację**, w przypadku partnerów, będzie to konieczność uporania się ze stratą odczuwaną w związku z rozpadem pierwszego małżeństwa („rozwód emocjonalny”) i rodziny pierwotnej oraz porzucenie nadziei na ukształtowanie relacji w nowej rodzinie na wzór pierwotnej – „idealnej”. Członkom zrekonstruowanego systemu należy pomóc zaakceptować np. odmienność granic w rodzinie zrekonstruowanej w porównaniu do pierwotnej. W nowym systemie muszą one być bardziej elastyczne, tak aby wpuszczać i wypuszczać osoby, głównie dzieci, które przebywają w niej okresowo (weekendy, wakacje). Na etapie tworzenia **planów ponownego związania się** naturalne będą pojawiające się obawy partnerów i dzieci dotyczące formowania nowego związku i rodziny zrekonstruowanej. Pomoc specjalistyczna może tu zmierzać do

wypracowania akceptacji potrzeby czasu koniecznego na dostosowanie się do nowej sytuacji wszystkim członkom rodziny, oraz tolerancji złożoności ról w rodzinie, wieloznacznych granic (przynależności, czasu, przestrzeni), siły różnorodnych emocji (poczucie winy, poczucie straty, konflikty lojalności, potrzeba poczucia wspólnoty, urazy z przeszłości). Etap **wdrażania planów** zakończy się sukcesem wówczas, gdy zmiany pozwolą na przenikanie się wielu systemów rodzinnych, dla wszystkich dzieci i ich rodzin poszerzonych określone zostaną miejsca w nowym układzie rodzinnym, a członkowie rodziny zrekonstruowanej będą mogli integrować się przez tworzenie własnej historii i rytuałów (McGoldrick, Carter, 1989a; Visher, Visher, 1988; Jundziłł, 2001; Jones, 2003).

Aczkolwiek w pracy z rodzinami zrekonstruowanymi pomocne są te same umiejętności terapeutyczne, które wykorzystują specjaliści w pracy z innymi rodzinami, to warto zwrócić uwagę na specyficzne potrzeby, które mogą zgłaszać członkowie systemów rodzinnych tworzących się po rozpadzie małżeństwa i rodziny pierwotnej. W tabeli 4.1 przedstawiłam najczęstsze problemy, które mogą ujawnić się przy realizowaniu zadań związanych z rekonstruowaniem rodziny, oraz strategie przydatne terapeutom w trakcie sesji.

Pod względem strukturalnym, z powodu podwyższonego poziomu napięcia emocjonalnego i stresu, którego mogą doświadczać osoby w rekonstruującym się systemie, rozpoczynanie terapii z udziałem wszystkich jego członków może okazać się dla nich zbyt trudne i zniechęcające do uczestniczenia w niej. Bardziej wartościowe mogą być spotkania z parą dorosłych, tworzących rodzinę zrekonstruowaną, w celu wzmocnienia ich relacji i tym samym stworzenia bezpiecznej bazy dla dzieci i ich udziału w dalszych sesjach. Praca z parą może dotyczyć obaw partnerów związanych z zaangażowaniem się w nowy związek, radzenia sobie z nowym nieznanym modelem życia, z odżywaniem poczucia winy wobec dzieci (które po raz pierwszy pojawiło się przy rozwodzie) i z lękiem o nie (walka z mitem, że rodzice powinni być za wszelką cenę razem). Dobrym rozwiązaniem może być również skorzystanie z indywidualnej terapii przez każdego z partnerów lub jednego z nich wówczas, gdy powrót emocji związanych z ekspartnerem (pozytywnych – „może lepiej było z tamtym” i negatywnych – porównywanie obu partnerów na niekorzyść pierwszego) stanowi przeszkodę w rozwijaniu nowej relacji. Obszarem

pracy indywidualnej z partnerami może być też ich samoocena i poczucie pewności siebie, konieczne do podejmowania decyzji pomocnych w rozwiązywaniu problemów w rodzinie zrekonstruowanej.

TABELA 4.1

Wskazówki dla terapeutów pracujących z rodzinami zrekonstruowanymi

Zadania dla rodziny	Problemy	Strategie pracy
Radzenie sobie ze stratą i zmianami	Oscylowanie między przeżywaniem straty po rozpadzie rodziny a potrzebą zmian Kierowanie się mitami dotyczącymi życia w rodzinie zrekonstruowanej	Odnosić przeszłe doświadczenia rodziny do teraźniejszości – pomagać w tworzeniu spójnej, ciągłej w czasie narracji dotyczącej historii rodziny Używać genogramów i osi czasu, które pozwalają śledzić strukturalne zmiany w rodzinie Używać pojęć i adekwatnych określeń członków rodziny, które pomagają zinternalizować zmiany
Negocjowanie różnych potrzeb rozwojowych wynikających z cyklu życia indywidualnego i rodziny	Duża rozpiętość wieku między partnerami i ich dziećmi z poprzednich małżeństw Hierarchia w rodzinie i podsystemie małżonków oraz dzieci	Uczyć członków rodziny negocjowania Pomagać w ustaleniu odpowiedzialności za różne obszary funkcjonowania rodziny (np. finanse, wychowanie dzieci)

Tworzenie nowych reguł, tradycji i historii rodziny	Bliskość/dystans członków rodziny należących do starego i nowego systemu	Uczyć członków rodziny negocjowania Zachęcać do jasnego określania reguł obowiązujących w nowo powstałym systemie Zachęcać do planowania wydarzeń, które będą elementem historii nowej rodziny
Budowanie silnej więzi w powtórnym małżeństwie	Konflikty lojalności Hierarchia w rodzinie i w podsystemie małżonków Granice rodziny w obrębie systemu	Korzystać z genogramu do określania granic i jakości wzajemnych relacji w obrębie suprasystemu rodzinnego Uczyć negocjowania
Budowanie nowych relacji między członkami starego i nowego systemu rodzinnego	Bliskość/dystans Konflikty lojalności Nierealistyczne oczekiwania i mity dotyczące rodziny zrekonstruowanej	Zachęcać do wzmacniania relacji w diadach Uczyć oddzielać emocje od przekonań i zachowań
Współpraca rodziców biologicznych oraz porozumienie między rodzicem biologicznym i ojczymem/macochą	Konflikty lojalności Hierarchia w diadzie rodziców biologicznych oraz w nowym małżeństwie Odżywanie straty związanej z rozpadem poprzedniej rodziny i rozwodem	Odnosić przeszłe doświadczenia rodziny do teraźniejszości, aby uniknąć emocjonalnych odcięć (*cut-off*) Wprowadzać elementy psychoedukacji dotyczące postaw rodzicielskich i współpracy dorosłych w opiece nad dziećmi i w ich wychowaniu

Podjęcie ryzyka tworzenia rodziny zrekonstruowanej mimo niedostatecznego wsparcia społecznego	Radzenie sobie ze stratą pierwotnej rodziny i zmianami z nią związanymi Bliskość/dystans	Zachęcać do budowania relacji w diadach w nowej rodzinie zrekonstruowanej Wprowadzać elementy psychoedukacji dotyczące kolejnych kroków koniecznych do przejścia, aby z sukcesem zrekonstruować rodzinę

Źródło: opracowanie własne na podstawie Visher, Visher (1988); Visher (2003); Robinson (2005); Swenney (2010).

W trakcie pracy terapeuty z całą rodziną szczególnie pomocne jest stworzenie przestrzeni do wyrażania uczuć wobec siebie nawzajem wszystkich członków rodziny oraz sformułowanie oczekiwań, co ułatwia zrozumienie punktu widzenia innych i jest krokiem do szukania rozwiązań problemów (Pasley i in., 1996; Visher, Visher, Pasley, 1997). Włączenie do terapii innego członka suprasystemu rodziny zrekonstruowanej – dziadka lub rodzica, który nie jest bezpośrednim opiekunem – może być ważne wówczas, gdy pojawia się kwestia regulacji kontaktów dziecka z członkami rodziny poszerzonej. Praca z rodziną, lub też, co występuje częściej, z samymi dorosłymi, wchodzi wówczas w fazę mediacji, których treścią powinny być wyłącznie kwestie dotyczące obowiązków opiekuńczo-wychowawczych wobec dzieci (Visher, Visher, Pasley, 2003).

Przypisy

[1] W trakcie przygotowywania prezentowanego materiału nie były udostępnione statystyki dotyczące typów rodzin z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r.

[2] **Suprasystem** to poszerzony o członków nowych rodzin, założonych przez rozwiedzionych partnerów, system rodziny zrekonstruowanej.

Rozdział 5

Rodzina adopcyjna

Alicja Kalus

5.1. Specyfika rodziny adopcyjnej
5.2. Rodzina adopcyjna z perspektywy prawnej
5.3. Rodzina adopcyjna z perspektywy medycznej
5.4. Rodzina adopcyjna z perspektywy psychologicznej
    5.4.1. Etap małżeństwa bezdzietnego
    5.4.2. Doświadczenie straty w rodzinie adopcyjnej
    5.4.3. Decyzja o adopcji dziecka i proces adopcyjny
5.5. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa
5.6. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym
5.7. Rodzina adopcyjna z dorastającym nastolatkiem

Adopcja (łac. *adoptio*), zwana także przysposobieniem, oznacza przyjęcie przez małżonków lub osobę samotną osieroconego dziecka. Aby mówić o rodzinie adopcyjnej, trzeba zwrócić uwagę na cechy, które w istotny sposób odróżniają ją od rodziny biologicznej. Przyjmujemy, że rodzina adopcyjna różni się od biologicznej, a świadomość tych różnic jest istotna z punktu widzenia teoretycznego (w badaniach empirycznych nad rodziną adopcyjną) i praktycznego (w pracy z rodziną adopcyjną na poszczególnych etapach cyklu rozwoju rodziny).

Zagadnienie adopcji jest przedmiotem dużego zainteresowania przedstawicieli nauk społecznych od ponad 50 lat. Do wiodących dyscyplin naukowych prowadzących badania nad adopcją należą psychologia i pedagogika. Oprócz przedstawicieli świata nauki, zagadnienie adopcji interesuje także psychologów i pedagogów pracujących w praktyce adopcyjnej, szczególnie w ośrodkach adopcyjnych, jak również samych rodziców adopcyjnych, czy rodziców dzieci adoptowanych.

To że, badania naukowe dotyczące rodzin adopcyjnych na gruncie polskim są dotychczas nieliczne, zdaje się wynikać z dwóch źródeł. Pierwsze z nich to trudności w docieraniu do reprezentatywnej grupy badawczej wśród rodzin adopcyjnych, a drugie – niechętny udział rodzin adopcyjnych w badaniach. Współpraca z ośrodkami adopcyjnymi w pozyskiwaniu do badań rodzin adopcyjnych możliwa jest na etapie przygotowywania się kandydatów na rodziców adopcyjnych do rodzicielstwa adopcyjnego. Po zakończonym procesie adopcyjnym (orzeczenie przysposobienia przez sąd rodzinny) pracowników ośrodków adopcyjnych obowiązuje tajemnica adopcji. Pracownicy ci niechętnie współpracują z autorami projektów badawczych, a dotychczasowe badania były najczęściej realizowane metodą „kuli śnieżnej”.

Istnieje wiele, często przełożonych z języka angielskiego, poradników dla rodzin adopcyjnych (np. Kotowska, 2010a, 2010b; Kwiecień, 2004). Ich autorami są najczęściej psychologowie praktycy oraz sami rodzice adopcyjni. Praca psychologów i pedagogów w ośrodkach adopcyjnych oparta jest zasadniczo na:

- dotychczasowych ustaleniach przedstawionych w literaturze naukowej, która w znacznym stopniu pochodzi z odmiennego kręgu kulturowego, a więc wyniki tych badań należy z dużą dozą ostrożności odnosić do rodziny adopcyjnej w Polsce,
- doświadczeniach autorów poradników i doświadczeniach własnych.

W tym miejscu należy podkreślić potrzebę prowadzenia rzetelnych badań naukowych dotyczących rodziny adopcyjnej w cyklu jej rozwoju na poszczególnych etapach.

5.1. Specyfika rodziny adopcyjnej

Rodzina adopcyjna jest zjawiskiem złożonym. Zrozumienie jej istoty wymaga spojrzenia z perspektywy wielu dziedzin nauki, wśród których znaczące miejsce zajmują prawo, psychologia, pedagogika (obszar nauk społecznych) i medycyna (obszar nauk medycznych). W literaturze dotyczącej specyfiki rodziny adopcyjnej autorzy najczęściej

odwołują się do schematu tzw. trójkąta adopcyjnego, zwanego triadą adopcyjną (Sorosky, Baran, Pannor, 1975). Trójkąt adopcyjny tworzą: rodzice biologiczni dziecka, dziecko adoptowane i małżonkowie (rodzice adopcyjni). W celu zrozumienia złożoności zjawiska, jakim jest rodzina adopcyjna, konieczne wydaje się spojrzenie na nią z perspektywy wymienionych dziedzin naukowych (prawa, medycyny i psychologii) w odniesieniu do poszczególnych części trójkąta.

Głównym zagadnieniem w odniesieniu do rodzin adopcyjnych jest wzajemna relacja między rodzicielstwem adopcyjnym a biologicznym. Pytanie: „Czy rodzina adopcyjna różni się od rodziny biologicznej?" towarzyszy zarówno badaczom, jak i samym rodzicom adopcyjnym od dawna. W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie istotne są dwa podejścia: (1) prawne, w świetle którego adopcja to ustanowienie w rodzinie adopcyjnej takich stosunków prawnorodzinnych, jakie obowiązują w rodzinie biologicznej, (2) psychologiczne.

W literaturze istnieje kilka modeli teoretycznych, które podejmują próby rozstrzygania o relacji między rodzicielstwem adopcyjnym a biologicznym (Kirk, 1964; Brodzinsky, 1987; Kaye, 1990). Według koncepcji cyklu życia rodziny (Duvall, 1977; Braun-Gałkowska, 1992; Rosenberg, 1992; Carter, McGoldrick, 1999) poszczególne okresy można podzielić na trzy etapy: (1) etap małżeństwa bezdzietnego, (2) etap przejścia do rodzicielstwa i (3) etap życia rodzinnego. W rodzinie adopcyjnej na tych etapach występują istotne różnice w stosunku do rodziny biologicznej. Etap małżeństwa bezdzietnego (Kalus, 2002; Harwas-Napierała, 2003b) wiąże się w tym przypadku z doświadczaniem bezpłodności i utraty nadziei na urodzenie własnego dziecka, utraty dzieci w okresie prenatalnym oraz utraty poczucia kontroli nad ważnymi wydarzeniami w życiu. W okresie przejścia do rodzicielstwa adopcyjnego istotne jest poczucie wzajemnej przynależności i nawiązanie relacji emocjonalnej z dzieckiem, którego nie jest się biologicznym rodzicem oraz kształtowanie się więzi i przywiązania. Etap trzeci – rodzicielstwo adopcyjne z dzieckiem na poszczególnych etapach rozwoju – to czas, w którym istotną rolę odgrywają następujące aspekty życia rodzinnego: konfrontacja wzajemnych oczekiwań, zmiana w strukturze rodziny, formowanie się tożsamości członków rodziny adopcyjnej oraz jawność adopcji.

5.2. Rodzina adopcyjna z perspektywy prawnej

Standardy prawne dotyczące przysposobienia regulują takie dokumenty, jak:

- Europejska konwencja o przysposobieniu dzieci (konwencja strasburska, 1967);
- Konwencja o ochronie dzieci i współpracy w dziedzinie przysposobienia międzynarodowego (konwencja haska, 1993);
- Konwencja o prawach dziecka;
- Kodeks rodzinny i opiekuńczy;

- Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (UoWRoSPZ) z dnia 9 czerwca 2011 r. (2011).

Na gruncie polskiego prawa przysposobienie może przybrać trzy formy: (1) **pełne nierozwiązywalne** (zwane także całkowitym), (2) **pełne rozwiązywalne** i (3) **niepełne**. Szczegółowa charakterystyka tych form znajduje się w tabeli 5.1. Istnieje także podział adopcji ze względu na miejsce pobytu dziecka. Wyróżnia się adopcje **krajowe** (dziecko zostaje adoptowane przez rodzinę zamieszkującą na terenie Polski), i adopcje **zagraniczne** (rodzina i dziecko adoptowane zamieszkują poza granicami Polski). Orzeczenie przysposobienia wydaje sąd rodzinny na wniosek kandydatów do przysposobienia dziecka. Dziecko adoptowane otrzymuje nowy akt urodzenia, zmienione zostaje jego nazwisko, często także imię, jeśli kandydaci do przysposobienia umieszczą we wniosku taki postulat. W rubryce aktu urodzenia dotyczącej rodziców zapisane są dane rodziców adopcyjnych. Niezmienione zostają data i miejsce urodzenia, a akt urodzenia zostaje w urzędzie stanu cywilnego, właściwym dla miejsca urodzenia dziecka. Do aktu urodzenia, który zawiera dane biologicznych rodziców, osoba adoptowana może mieć wgląd w dokumenty urzędu stanu cywilnego po uzyskaniu pełnoletności.

TABELA 5.1

Typy przysposobienia w ustawodawstwie polskim i skutki dla rodziny adopcyjnej, rodziców biologicznych i adoptowanego dziecka

Rodzaj przysposobienia	Sytuacja prawna dziecka adoptowanego	Sytuacja prawna rodziców biologicznych	Sytuacja prawna rodziny adopcyjnej	Status orzeczonego przysposobienia
Pełne, nierozwiązywalne (art. 124, par. 2 KRO)	Obowiązuje zasada dobra dziecka (art. 114, par. 1: „Przysposobić można osobę małoletnią tylko dla jej dobra”)[1]	Rodzice biologiczni wyrazili zgodę blankietową przed sądem na przysposobienie dziecka bez wskazania kandydatów na rodziców adopcyjnych	Między adoptującym a adoptowanym powstają stosunki prawnorodzinne jak w rodzinie biologicznej Stosunki prawnorodzinne dotyczą praw i obowiązków dziecka adoptowanego i rodziców adopcyjnych Zniesione zostają stosunki prawne adoptowanego dziecka z rodziną biologiczną	Nierozwiązywalne (zgodnie z zasadą *adoptio naturam imitator*, która oznacza, że przysposobienie powinno być nawiązaniem do biologicznej relacji rodziców z dzieckiem, która jest nierozwiązywalna)
Pełne rozwiązywalne (art. 121, par. 2 i 3 KRO)		Rodzice biologiczni dziecka zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej przez sąd Rodzice biologiczni zgodzili się na adopcję ze wskazaniem osoby przysposabiającej		Rozwiązywalne (może zostać rozwiązane, gdy leży to w interesie przysposobionego dziecka)
Niepełne (art. 124, par. 1 KRO)			Stosunki prawnorodzinne	

			między dzieckiem adoptowanym a rodziną adopcyjną nie rozciągają się na rodzinę biologiczną i mogą ulec zmianie Dziecko zachowuje więzi z rodziną biologiczną	

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku **adopcji zagranicznej**, zwanej także międzynarodową, dziecko adoptowane na stałe opuszcza Polskę i zamieszkuje w kraju rodziców adopcyjnych. Kwestie prawne dotyczące kwalifikowania dzieci do „przysposobienia, w tym dzieci zakwalifikowanych do przysposobienia związanego ze zmianą dotychczasowego miejsca zamieszkania dziecka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na miejsce zamieszkania w innym państwie" regulują odpowiednie dokumenty[2].

5.3. Rodzina adopcyjna z perspektywy medycznej

Rozważania dotyczące rodziny adopcyjnej związane są także ze sferą medyczną, a szczególnie ze zjawiskiem niepłodności. Niepłodność uważana jest za najczęstszą przyczynę braku dziecka w małżeństwie (oprócz bezdzietności dobrowolnej, zwanej także bezdzietnością z wyboru). Najnowsze doniesienia z literatury wskazują, że w Polsce ok. 15–20% par małżeńskich ma przejściowe problemy z poczęciem dziecka[3], prawdziwa zaś niepłodność dotyczy ok. 5–7% z nich (Binkiewicz, 2013). **Niepłodność** to brak potomstwa po dwunastomiesięcznym okresie regularnego współżycia w dni płodne bez stosowania metod, które zapobiegają poczęciu; może to być niepłodność (1) pierwotna (łac. *sterilitas*), dotycząca par bezdzietnych, i (2) wtórna (łac. *infertilitas*), dotycząca par będących już rodzicami (lub mającymi za sobą ciążę). Częstym doświadczeniem rodziców jest poronienie lub śmierć dziecka w okresie prenatalnym lub po urodzeniu. **Bezpłodność** to trwała, nieodwracalna utrata możliwości poczęcia dziecka.

Zjawisko niepłodności dotyczy zarówno kobiet (ok. 35%), jak i mężczyzn (ok. 35%). Może także dotyczyć obojga małżonków (30%). Niepłodność co najmniej jednego z nich sprawia, że mamy do czynienia z **niepłodnością małżeńską**. Dotychczasowe badania małżeństw niepłodnych w znacznym stopniu dotyczyły psychologicznego funkcjonowania małżonków w małżeństwie. Z badań (Kalus, 2002) wynika, że w znacznie trudniejszej sytuacji psychologicznej znajduje się małżonek płodny. Musi on nie tylko zmierzyć się z niemożnością realizowania zadania rozwojowego, jakim jest rodzicielstwo, ale musi także zrezygnować ze swoich możliwości prokreacyjnych ze względu na niepłodnego współmałżonka.

Przyczyny niepłodności zostały w dużym stopniu rozpoznane, choć wciąż istnieje wiele takich, których nie udało się wyjaśnić. Szczegółowa charakterystyka wybranych przyczyn

niepłodności została przedstawiona w tabeli 5.2.

TABELA 5.2
Przyczyny niepłodności

Przyczyny całkowicie wykluczające zapłodnienie, ciążę i urodzenie dziecka		**Przyczyny, które można leczyć**	
U kobiet	U mężczyzn	U kobiet	U mężczyzn
• wady rozwojowe narządu rodnego • nieprawidłowość gonad	• całkowity brak plemników; • nieodwracalne uszkodzenie jąder lub nasieniowodów (w wyniku urazu lub infekcji)	• nieprawidłowości hormonalne spowodowane np. czynnikami emocjonalnymi, przemęczeniem, używkami, lekami, zaburzeniami odżywiania; czynniki te mogą zachwiać równowagę układu hormonalnego, a to często prowadzi do różnego rodzaju zaburzeń i chorób[4] • endometrioza, czyli występowanie tkanki endometrium (śluzówki) poza jamę macicy • antykoncepcja hormonalna[5]	• nieprawidłowości w budowie narządów płciowych • niska jakość nasienia (poniżej 20 mln/ml nasienia) • zmniejszona ruchliwość plemników • odwracalne uszkodzenie jąder lub nasieniowodów

Źródło: opracowanie własne.

Wśród metod diagnostyczno-terapeutycznych niepłodności współczesna literatura wymienia: metody chirurgiczne, Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS), czyli metodę rozpoznawania płodności i diagnozowania zaburzeń zdrowia prokreacyjnego, interwencje dietetyczne.

5.4. Rodzina adopcyjna z perspektywy psychologicznej

We współczesnej psychologii rodziny powszechnie przyjmuje się, że rodzina jest rzeczywistością dynamiczną, tzn. przechodzi przez kolejne stadia rozwojowe. Duvall (1977) zaproponowała normatywny model rozwoju rodziny, który składa się z ośmiu etapów. Zasadniczym kryterium podziału na poszczególne fazy rozwojowe jest wiek dziecka. Zdaniem Plopy (2007b, s. 53), „Perspektywa ta jest skierowana zarówno na określone stadia rozwoju jednostki jako członka rodziny (np. niemowlęctwo, dzieciństwo, dorosłość itd.), jak również na określone etapy w rozwoju rodziny (np. opuszczenie domu, wychowywanie dziecka, małżeństwo itp.)”. Rodzina adopcyjna przechodzi przez zasadniczo inne niż rodzina biologiczna fazy rozwoju (por. tab. 5.3). W szczegółowej charakterystyce wybranych etapów rozwoju rodziny adopcyjnej akcent zostanie położony na centralne zadania typowe dla takiej rodziny, które w zasadniczy sposób odróżniają ją od rodziny biologicznej.

Badacze problematyki adopcji zwracają uwagę zwłaszcza na wiek dziecka w momencie adopcji jako na czynnik, który odgrywa istotną rolę w procesie adopcyjnym (Howe, Feast, 2000; Stams i in., 2000). W literaturze wymienia się najczęściej cztery grupy wiekowe (Howe, 2001):

- wiek niemowlęcy;
- wiek przedszkolny;
- młodszy wiek szkolny;
- dzieci po ukończeniu 10 r.ż.

Howe i Feast (2000) dowodzą, iż wiek dziecka w momencie adopcji pozostaje w silnym związku z ogólną oceną doświadczeń adopcyjnych. W badaniach dorosłych osób adoptowanych brano pod uwagę takie kryteria, jak: (1) poczucie inności *versus* przynależności, (2) poczucie bycia kochanym przez matkę i ojca adopcyjnego *versus* poczucie bycia niekochanym, (3) odczucia dotyczące adopcji. Z relacjonowanych badań wynika, że im starszy wiek w momencie adopcji, tym większe ryzyko, że dziecko będzie czuło się mniej kochane i bardziej „inne" w rodzinie adopcyjnej, a jego odczucia związane z adopcją będą bardziej ambiwalentne.

TABELA 5.3

Normatywny i adopcyjny model rozwoju rodziny

Normatywny model rozwoju rodziny	**Adopcyjny model rozwoju rodziny**
Etap małżeństwa bezdzietnego	
Doświadczenie straty zdolności prokreacyjnych nie dotyczy rodzin biologicznych. Mogą one doświadczyć straty dziecka w wyniku poronienia czy śmierci w okresie prenatalnym, ale są biologicznymi rodzicami dziecka	Doświadczenie straty: – doświadczenie straty zdolności prokreacyjnych – doświadczenia straty dziecka (poronienie, śmierć przed lub po urodzeniu)
	Powstanie decyzji o adopcji
	Proces adopcyjny (od zgłoszenia się do ośrodka adopcyjnego do otrzymania dziecka)
	Otrzymanie dziecka
Rodzina z noworodkiem	Faza niedostępna dla rodziny adopcyjnej[6]
Rodzina z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa	Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa
Rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym	Rodzina adopcyjna z dzieckiem w wieku przedszkolnym
Rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym	Rodzina adopcyjna z dzieckiem w wieku szkolnym
Rodzina z dzieckiem w okresie dorastania	Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie dorastania

Rodzina z dzieckiem opuszczającym dom	Rodzina adopcyjna z dzieckiem opuszczającym dom
Faza małżeńska wtórna	Faza małżeńska wtórna
Małżonkowie starzejący się	Małżonkowie starzejący się

Źródło: opracowanie własne na podstawie Duvall (1977); Rosenberg (1992).

5.4.1. Etap małżeństwa bezdzietnego

Zasadniczo etap małżeństwa bezdzietnego w rozwoju rodziny adopcyjnej przebiega podobnie, jak w rodzinie biologicznej. Centralnym zadaniem rozwojowym[7] małżonków na tym etapie rozwoju obu rodzajów rodzin jest uczenie się wspólnego życia ze współmałżonkiem. Etap ten poprzedzony jest bezpośrednio wyborem współmałżonka, a kończy się podjęciem decyzji o rodzicielstwie.


Wybór współmałżonka
Uczenie się bycia ze współmałżonkiem
A jeśli któreś z nas będzie niepłodne?
Podjęcie decyzji o rodzicielstwie

RYCINA 5.1

Zadania rozwojowe związane z fazą małżeństwa bezdzietnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Havighurst (1953); Braun-Gałkowska (1992).

Etap wyboru współmałżonka to czas uzgadniania istotnych obszarów wzajemnego funkcjonowania. Braun-Gałkowska pisze, że jest to okres wzajemnego poznawania się „żeby decyzję uczynić bardziej świadomą" (2008, s. 92). Do istotnych zadań autorka zalicza tu m.in. poznawanie wad, świadomość własnych odczuć erotycznych, rozciągnięcie tego okresu w czasie, tj. „zmienić moment wyboru w proces wyboru" (Braun-Gałkowska 2008, s. 93). Do istotnych tematów na etapie wyboru współmałżonka zaliczyć należy także rozważenie zagadnienia rodzicielstwa, w sposób szczególny potencjalnej niemożności posiadania biologicznego potomstwa na skutek niepłodności

jednego lub obojga małżonków. Istotne wydaje się postawienie sobie pytania: „A jeśli któreś z nas będzie niepłodne?”. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że prawie wszyscy młodzi ludzie, którzy decydują się na zawarcie związku małżeńskiego, myślą o rodzicielstwie (Glick, 1977) i uzależniają je od własnej decyzji dotyczącej okresu rozpoczęcia starań o poczęcie dziecka. Do tej grupy nie zalicza się ok. 2% małżonków, którzy podejmują decyzję o bezdzietnym stylu życia.

Wymienione zadania rozwojowe pozostają ze sobą we wzajemnym związku. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że ze statystyk rozwodowych wynika, iż brak dziecka w małżeństwie stanowi jeden z istotnych powodów jego rozwodu.

5.4.2. Doświadczenie straty w rodzinie adopcyjnej

Rodzina adopcyjna spostrzegana jest jako ta, której nieodłącznym doświadczeniem jest **strata** (Brodzinsky, 1990). Doświadczenie to rozumiane jest jako strata utraconych wartości, oceny społecznej, bliskiej osoby (Heszen-Niejodek, 2005). Stratę przeżywają rodzice adopcyjni i dziecko adoptowane; u rodziców adopcyjnych dotyczy ona zdolności prokreacyjnych.

Wśród najczęściej występujących powodów, dla których małżonkowie decydują się na adopcję dziecka, jest niepłodność (por. podrozdz. 5). Kościelska (1999) analizowała bezdzietność w świetle teorii kryzysu psychologicznego. Wyróżniła trzy typy kryzysów tożsamości, które mogą pojawić się u małżonków bezdzietnych:

- kryzys związany z odkryciem własnej bezpłodności;
- kryzys związany z podejmowaniem decyzji o adopcji dziecka;
- kryzys dotyczący pełnienia roli rodzicielskiej.

U małżonków, którzy doświadczają niepłodności (lub bezpłodności) pojawia się kryzys bezdzietności. Doświadczają oni poczucia straty możliwości bycia biologicznymi rodzicami. Wśród typowych reakcji emocjonalnych pojawia się bunt, przygnębienie, żal. Schier pisze, że „w rodzinie trwa stan żałoby po utracie nienarodzonego biologicznego dziecka” (1998, s. 26).

Strata statusu „normalnej rodziny”

Rodzina adopcyjna uważana jest za nietradycyjny (nienormatywny) model rodziny. Rodzice adopcyjni doświadczają, jak pisze Kościelska (1999), kryzysu tożsamości rodzicielskiej. Charakteryzuje się on obawami związanymi z pełnieniem roli rodzicielskiej wobec dziecka, którego nie są biologicznymi rodzicami. Rodziny adopcyjne w momencie przyjęcia dziecka mają najczęściej dłuższy, w porównaniu do rodzin biologicznych, staż małżeński; muszą zmagać się z problematyką jawności adopcji („Przekazać dziecku, czy ukryć przed nim prawdę o jego biologicznym pochodzeniu?”), zmagać się z opinią otoczenia. Relacja rodziców z dzieckiem rozpoczyna się znacznie później niż w rodzinie biologicznej. W rodzinie adopcyjnej, która adoptuje dziecko w okresie niemowlęcym, pominięte są dwa okresy, tj. rodziny z dzieckiem w okresie prenatalnym i rodziny

z dzieckiem w okresie noworodkowym. W rodzinie, która adoptuje dziecko w wieku przedszkolnym czy szkolnym, liczba faz rozwoju rodziny jest odpowiednio krótsza. Kolejne zadanie, z którym muszą zmierzyć się rodzice adopcyjni, to traumatyczne doświadczenia dziecka z okresu przed adopcją. Dotyczą one okresu przebywania z rodzicami biologicznymi, w rodzinnych czy instytucjonalnych formach pieczy zastępczej.

Strata dziecka na skutek poronienia lub śmierci

Rodzice adopcyjni często doświadczyli poronienia[8]. Dane statystyczne pokazują, że ok. 15% stwierdzonych ciąż kończy się poronieniem, choć, jak sugeruje Skrzypczak (Skrzypczak i in., 2006), ich liczba jest prawdopodobnie wyższa. Z danych szacunkowych wynika, że 25% kobiet utraciło jedną lub więcej ciąż. Z danych statystycznych Samodzielnego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu wynika, że liczba poronień w 2012 r. wynosiła 11,79% stwierdzonych ciąż (w 2011 – 12,42%, w 2010 – 11,1%) (Heimann 2013, s. 23–24).

Doświadczenie straty u dziecka adoptowanego

Strata dziecka adoptowanego dotyczy (1) rodziców biologicznych, rodzeństwa i dalszej rodziny, (2) ciągłości genealogicznej. Biologiczni rodzice dziecka adoptowanego zazwyczaj żyją, a u dziecka występują fantazje na temat połączenia się z nimi (Brodzinsky, 1990). W dotarciu do nich dziecko adoptowane napotyka wiele trudności. Zdaniem Brodzinsky’ego (1990) trudności w odnalezieniu rodziców biologicznych mogą potęgować u adoptowanych dzieci poczucie straty. Dzieci te mają różne doświadczenia z okresu spędzonego w rodzinie biologicznej. Zależą one m.in. od długości okresu spędzonego w tej rodzinie, który waha się od dziewięciu miesięcy okresu prenatalnego (dotyczy dzieci, które zostały oddane przez matkę bezpośrednio po porodzie) do kilku lub kilkunastu lat. Te ostatnie, tzw. późne, adopcje zdarzają się niezwykle rzadko. Historia przedadopcyjna dziecka, która zawiera wspomnienia, obrazy, uczucia, stanowi często duże wyzwanie dla rodziny adopcyjnej. Kiedy dziecko adoptowane zaczyna opowiadać o swoich doświadczeniach z domu rodzinnego, rzadko bywa słuchane. Historie te najczęściej wiążą się z negatywnymi, traumatycznymi doświadczeniami. Są to doświadczenia, których, zdaniem D’Andrea (2010), nie powinno się ignorować w rodzinie adopcyjnej.

> Stanowią one integralną część tożsamości adoptowanego dziecka. Zadaniem adopcyjnych rodziców jest połączenie tych doświadczeń z historią, którą nowa rodzina budować będzie wspólnie, innymi słowy zespolenie doświadczeń, które nie są dla nich wspólne. Jeśli przy tworzeniu relacji przynależności adopcyjnej historia dziecka odłożona zostaje na bok, jeśli się jej obawia jako potencjalnego źródła cierpienia, którego nie trzeba ożywiać lub też jeśli się jej obawia jako zagrożenia dla przywiązania, historia ta trwa w ukrytej, odseparowanej przestrzeni. […]. Miniony czas staje się *czasem zamrożonym* ze wszystkimi wynikającymi z tego negatywnymi konsekwencjami

sztywności emocjonalnej i strachu. Jeśli natomiast wspomnienia dziecka mogą ujawniać się swobodnie, przeplatając się z teraźniejszością, tworząc ciągłość czasową, w której myśli mogą przychodzić i odchodzić, przeszłość odzyskuje swoją życiową wartość (D'Andrea, 2010, s. 80).

Dziecko adoptowane oczekuje od rodziców adopcyjnych akceptacji w zakresie swoich doświadczeń przedadopcyjnych, ale także pomocy w pokonywaniu problemów związanych z trudnymi doświadczeniami. „Chcę rozmawiać z nimi o wszystkim i chciałabym, żeby oni rozmawiali ze mną" (ibid., s. 63).

Dziecko adoptowane ma dwie rodziny: biologiczną, o której posiada znikome informacje, i adopcyjną. Informacje o rodzinie biologicznej pochodzą z osobistych doświadczeń dziecka, jeśli przebywało przed adopcją w rodzinie biologicznej, lub z relacji rodziców adopcyjnych (są to najczęściej tylko informacje, które zostały przekazane rodzicom adopcyjnym przez pracowników ośrodka adopcyjnego lub opiekuna prawnego). Dziecko adoptowane jest członkiem dwóch rodzin jednocześnie, tj. rodziny biologicznej (podobieństwo fizyczne, wspólne geny itp.) i rodziny adopcyjnej.

Najtrudniej było, gdy na lekcjach trzeba było rysować drzewo genealogiczne. Wtedy ja nie wiedziałam, co mam narysować. Dostałam jedynkę za brak zadania i czułam się z tym bardzo źle. Ale ja nie wiedziałam, co narysować. Nie chciałam o tym mówić z moimi rodzicami ani kolegami i koleżankami w klasie. To było okropne (Natalia, lat 16).

5.4.3. Decyzja o adopcji dziecka i proces adopcyjny

Decyzja o adopcji dziecka w sytuacji utraty zdolności poczęcia biologicznego dziecka zaliczona została do kategorii decyzji życiowo doniosłych[9] (Jarmołowska, 2007). Dla małżonków bezpłodnych decyzja o adopcji dziecka daje jedyną możliwość realizacji potrzeb macierzyńskich i ojcowskich[10]. Z dotychczasowych badań dotyczących decyzji o adopcji w perspektywie decyzji życiowo doniosłych wynikają ważne ustalenia (Jarmołowska, 2007); decyzja o adopcji dziecka jest ważna ze względu na rodziców adopcyjnych, ze względu na potrzebę budowania relacji z dzieckiem i ma charakter decyzji życiowo doniosłej.

TABELA 5.3

Normatywny i adopcyjny model rozwoju rodziny

Osoba rodzica adopcyjnego	Relacja z dzieckiem	Relacja z innymi	Ocena społeczna	Cechy decyzji życiowo doniosłej
• Wiek • Potrzeba macierzyństwa i ojcostwa • Doświadczenie niemożności bycia rodzicem	• Pragnienie opiekowania się kimś • Potrzeba podzielenia się miłością, ale	• Chęć posiadania pełnej rodziny („motyw standardów społecznych)	• Adopcja jako pomoc w pełnieniu ról społecznych ojca i matki • Udowodnienie skuteczności	• Potrzeba celu i sensu życia • Poczucie odpowiedzialności • Poczucie zmiany życia

biologicznym (niepłodność lub bezpłodność) • Poprawa poczucia własnej wartości • Potrzeba rozwoju osobistego	także dorobkiem • Dawanie opieki i uczuć • Chęć zapełnienia pustki życiowej		w działaniu • Kompensacja poczucia bycia kimś gorszym • Spełnienie społecznych oczekiwań dotyczących roli ojca i matki	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kościelska (1999); Trepka-Starosta (1999); Milewska (2003); Jarmołowska (2007).

„Znalezienie dziecka, którego bali się, że nie będą już mieli, może doprowadzić niektórych rodziców do podporządkowania całego swojego życia nowo przybyłemu, a to nie służy niczyjemu rozwojowi" (D'Andrea, 2010, s. 58). Motywy adopcji dziecka ustala się najczęściej na podstawie swobodnej rozmowy pracowników ośrodka adopcyjnego z kandydatami do przysposobienia. Badacze tej problematyki wskazują, że znaczenie motywacji jest istotnym czynnikiem prawidłowego funkcjonowania rodziny adopcyjnej (np. Kościelska, 1999; Trepka-Starosta, 1999; Milewska, 2003). Dotychczasowe badania oparte są na swobodnych rozmowach i wywiadach.

Aby rozpocząć **proces adopcyjny**, małżonkowie, którzy podjęli decyzję o adopcji dziecka, muszą zgłosić się do ośrodka adopcyjnego. Zasady pracy takich ośrodków w zakresie prowadzenia procedur przysposobienia i przygotowania kandydatów, którzy zgłaszają gotowość do przysposobienia dziecka, reguluje Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 5.1

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
Art. 156

1. Do zadań ośrodka adopcyjnego należy, w szczególności:
   1) kwalifikacja dzieci zgłoszonych do przysposobienia oraz sporządzanie dla dziecka zakwalifikowanego do przysposobienia diagnozy psychologicznej i pedagogicznej oraz gromadzenie aktualnych informacji o stanie zdrowia dziecka;
   2) dobór rodziny przysposabiającej właściwej ze względu na potrzeby dziecka;
   3) współpraca z sądem opiekuńczym, polegająca w szczególności na powiadamianiu o okolicznościach uzasadniających wszczęcie z urzędu postępowania opiekuńczego;
   4) udzielanie pomocy w przygotowaniu wniosków o przysposobienie i zgromadzeniu niezbędnych dokumentów;
   5) gromadzenie informacji o dzieciach, które mogą być przysposobione;
   6) przeprowadzanie badań pedagogicznych i psychologicznych kandydatów do przysposobienia dziecka;
   7) przeprowadzanie analizy sytuacji osobistej, zdrowotnej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej kandydatów do przysposobienia dziecka, zwanej dalej „wywiadem adopcyjnym";
   8) prowadzenie działalności diagnostyczno-konsultacyjnej dla kandydatów do przysposobienia dziecka;

9) wspieranie psychologiczno-pedagogiczne kandydatów do przysposobienia dziecka oraz osób, które przysposobiły dziecko;
10) organizowanie szkoleń dla kandydatów do przysposobienia dziecka;
11) wydawanie świadectw ukończenia szkolenia dla kandydatów do przysposobienia dziecka, opinii o ich kwalifikacjach osobistych oraz sporządzanie opinii kwalifikacyjnej w sprawach dotyczących umieszczania dzieci w rodzinie przysposabiającej;
12) zapewnienie pomocy psychologicznej kobietom w ciąży oraz pacjentkom oddziałów ginekologiczno-położniczych, które sygnalizują zamiar pozostawienia dziecka bezpośrednio po urodzeniu;
13) prowadzenie dokumentacji z zakresu wykonywanych zadań.

Źródło: Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011, s. 62–63).

5.5. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa

Wczesne dzieciństwo obejmuje okres od narodzin do 3 r.ż. Psychologowie rozwojowi zwracają uwagę na to, że w tym okresie podstawowym zadaniem rodziców jest nawiązanie relacji z dzieckiem. Harwas-Napierała (2008) pisze, że relacja rodzice–dziecko kształtuje się już w okresie prenatalnym. Na kolejnych etapach rozwoju charakter tej relacji podlega rozwojowym przekształceniom (Rostowski, 1986).

Specyfika rodziny adopcyjnej polega na tym, że relacja rodzic–dziecko rozpoczyna się najwcześniej w okresie wczesnego dzieciństwa. Dziecko i rodzice adopcyjni mają już określony system reakcji emocjonalnych, zachowań, oczekiwań, wyobrażeń, ale zdobywali je osobno. Dziecko w okresie prenatalnym (zwanym okresem prekomunikacji) oraz w okresie poprzedzającym przyjście do rodziny adopcyjnej przebywało z innymi osobami (matka biologiczna, rodzice zastępczy i in.) i nawiązywało z nimi relacje.

Rozwój więzi między rodzicami adopcyjnymi a dzieckiem obejmuje kilka etapów. Na samym początku dziecko adoptowane jest traktowane jak ktoś zupełnie obcy. Ta początkowa obcość może obejmować „obcość fizyczną", „obcość języka", „obcość reakcji kognitywnych", a nawet samej koncepcji rodziny. Rodzice oceniają swoją relację z adoptowanym dzieckiem w odniesieniu do relacji istniejących w „normalnej" rodzinie. Przyjmując relacje rodziców biologicznych z dzieckiem za wzorzec normalności, zaczynają oceniać swoją relację z dzieckiem adoptowanym jako „upośledzoną" w stosunku do tego normatywnego wzorca. Zaczynają nabierać poczucia, że zupełnie zawodzą (Hoffman-Riem, 1986).

Badacze komunikacji rodziców z dzieckiem w okresie prenatalnym sugerują, że dziecko „przyjmuje wszystkimi zmysłami szeroki wachlarz bodźców, dokonuje ich selekcji, uczy się, nabywa pewnych nawyków" (Kornas-Biela, 2000, s. 43). Kornas-Biela (2000) wymienia zachowania optymalizujące rozwój dziecka w okresie prenatalnym, do których zalicza m.in. prowadzenie rozmów z dzieckiem (na głos i w myślach), pozytywne myślenie o nim, śpiewanie mu, utulanie go przez czułe dotykanie.

W sytuacji dziecka adoptowanego często bywa tak, że matka (lub rodzice biologiczni) nawiązuje z nim kontakt wypełniony treściami wskazującymi na postawę odrzucenia: „Nie chcę cię”, „Nie mogę cię wychowywać” itp. Dziecko bywa postrzegane jako przeszkoda w realizacji planów życiowych rodziców biologicznych (szczególnie matek), jako ciężar, zmartwienie, problem, przyczyna sytuacji trudnej, stresowej itd. Sygnały te docierają do dziecka drogą komunikacji neurohormonalnej. Organizm dziecka „pamięta” te emocje i są one względnie trwałe. „Mogą także decydować o wrodzonej predyspozycji do lękowego, agresywnego lub radosnego wkroczenia w świat poza łonem matki. W tym sensie możemy powiedzieć, że organizm **pamięta**, i że kształtuje się **orientacja emocjonalna**” (Kornas-Biela, 2002, s. 38).

Rodzice adopcyjni dziecka w okresie jego wczesnego dzieciństwa nie znają przebiegu jego okresu prenatalnego. Często jedyne informacje, które do nich docierają, to zapis w książeczce zdrowia dziecka o przebiegu porodu i aktualnym stanie zdrowia. Nawiązywanie relacji z dzieckiem stawia przed rodzicami adopcyjnymi nowe zadania, m.in. istotne na etapie rodziny z dzieckiem w okresie wczesnego dzieciństwa zadanie emocjonalnej normalizacji relacji rodzice–dziecko. Z badań dotyczących relacji rodziców z dzieckiem adoptowanym przed ukończeniem przez nie 7 m.ż. wynika, że rodzice szybko zaczynają uważać, iż istnienie biologicznych więzów krwi jest niemal zupełnie nieistotne dla wytworzenia relacji emocjonalnej. Stanowi to punkt zwrotny w postrzeganiu dziecka adoptowanego jako po prostu dziecka: „tak, to jest nasze dziecko i już…” (Hoffmann-Riem, 1986, s. 170). Nowo wytworzona jakość relacji rodzic–dziecko jest uważana za coś normalnego i rodzice nie analizują jej z dystansu: „nie myślałam już o tym nigdy więcej” (ibid., s. 169).

Inaczej sytuacja przedstawia się, gdy rodzice adoptują dziecko w wieku poniemowlęcym. Ma ono często za sobą „przerzucankę” z rąk do rąk w ramach systemu opieki społecznej. Początek życia rodzinnego może wówczas zostać naznaczony koniecznością konfrontacji z wcześniejszymi wpływami pielęgnacyjnymi i wychowawczymi. Dziecko mogło zostać już ukształtowane przez te wpływy do takiego stopnia, że rodzice adopcyjni nie będą w stanie przezwyciężyć poczucia budowania sztucznej rodziny (ibid.). Hoffmann-Riem badała rodziców, którzy adoptowali dzieci w wieku 12, 18 i 21 miesięcy. Każde z nich przebywało do momentu adopcji z matką biologiczną lub w rodzinie zastępczej. Okazuje się, że nie wiek, ale doświadczenia z okresu przedadopcyjnego determinowały to, czy początek życia rodzinnego był odbierany jako kryzys. Krzywda wyrządzona dziecku przed jego adoptowaniem stała się fizycznym i emocjonalnym obciążeniem dla całej rodziny. Rodzice często usiłowali wytłumaczyć sobie zachowanie adoptowanego dziecka, spekulując na temat jego przeszłości: „coś musiało się wydarzyć” (Hoffmannn-Riem, 1986, s. 172)[11].

Do istotnych zadań w rodzinie adopcyjnej należy ujawnianie dziecku prawdy o jego biologicznych korzeniach. Na tym etapie rozwoju rodzice mogą włączać wątki adopcyjne do bajek, opowieści z użyciem albumu ze zdjęciami. Badacze rozwoju dziecka podkreślają, że na tym etapie dziecko nie jest w stanie zrozumieć sensu wypowiadanych słów, ale istotne jest łączenie pozytywnych emocji z treścią. Ważne, dla ujawniania

dziecku prawdy o jego pochodzeniu, wydaje się zatem budowanie właściwego klimatu emocjonalnego.

Harold Grotevant i Ruth McRoy (1998) wymieniają cztery dotyczące adopcji rodzaje komunikacji z dzieckiem:

- brak rozmów lub jednorazowe poinformowanie dziecka o adopcji;
- „pasywna komunikacja" – odpowiadanie na pytania dziecka;
- „aktywna komunikacja" – odpowiadanie i inicjowanie rozmów;
- „przesadna komunikacja"– nadmierna częstość rozmów i częste podkreślanie faktów dotyczących adopcji.

5.6. Rodzina adopcyjna z dzieckiem w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym

W fazie rodzicielskiej z dzieckiem w wieku przedszkolnym można wyróżnić dwa typy rodzin:

- te, które adoptowały dziecko w okresie wczesnego dzieciństwa – dla tych rodzin faza ta jest kolejną w rozwoju rodziny;
- te, które adoptowały dziecko w wieku przedszkolnym.

Dziecko, które zostało adoptowane w okresie niemowlęcym czy poniemowlęcym, ma, zdaniem Brodzinsky'ego (1987) i Nickmana (1985) poczucie straty o charakterze „ukrytym". Ujawnia się ono w okresie przedszkolnym, gdy wzrasta świadomość dziecka na temat faktu bycia adoptowanym. W tym okresie dziecko rozumie pojęcie „adopcja" jako sposób włączenia go do rodziny – pojęcie to jest dla niego równoznaczne z pojęciem „narodziny biologiczne". Myślenie dziecka można sprowadzić do zdania: „Można się narodzić z brzuszka lub z serduszka". Singer, Brodzinsky i Braff (1982) sugerują, że dzieci w okresie przedszkolnym nie wykazują poczucia rozpaczy czy zagrożenia w związku z faktem bycia dzieckiem adoptowanym. Są pozytywnie nastawione do swojej adopcji. Rozumienie znaczenia adopcji nie występuje, zdaniem Singera i współpracowników, u dzieci do 5–7 r.ż.

Do form wprowadzania dziecka w problematykę adopcji należy wspólne oglądanie zdjęć, z których wynika historia preadopcyjna dziecka – ma ono wtedy okazję zadawania pytań dotyczących faktu bycia adoptowanym. Jeśli rodzice traktują ujawnianie dziecku prawdy o jego biologicznym pochodzeniu jako proces, to w okresie przedszkolnym mogą odwołać się do tego, co zbudowali w okresie wczesnego dzieciństwa. Łatwiej wtedy odpowiedzieć dziecku na pytanie: „Mamo, czy ty mnie też urodziłaś, tak jak ta pani w filmie?", można kontynuować opowieści adopcyjne i poszerzać je o kolejne wątki. Okres przedszkolny, jak wskazują psychologowie rozwojowi (Harwas-Napierała, 2003), to czas pytań o własne pochodzenie. Pierwsze takie pytania pojawiają się między 4 a 5 r.ż.

Inną formą ujawniania dziecku prawdy o adopcji jest obchodzenie dwukrotnych urodzin: pierwsze to urodziny biologiczne, które dla rodziców adopcyjnych stanowią często trudny dzień, gdyż przypominają im o inności rodzicielstwa adopcyjnego, drugie – to urodziny dla rodziny adopcyjnej (może być to np. data pierwszego spotkania z dzieckiem lub data jego przyjścia do domu). Podwójne świętowanie urodzin dziecka adoptowanego służy budowaniu właściwego klimatu emocjonalnego. Wokół tego radosnego dnia można opowiadać historię związaną z „adopcyjnymi narodzinami dziecka dla rodziny". Psychologia rozwojowa określa to mianem mechanizmu nadawania znaczeń. Chodzi o to, by z treścią pojęcia „adopcja" wiązać pozytywne emocje.

RAMKA 5.1

Fragment rozmowy dzieci w przedszkolu
Paweł: *Tomek, a z kim przyszedłeś dziś do przedszkola, bo ja z babcią*?
Tomek: *To moja mama*.
P: *Ty nie masz mamy, to nie jest twoja prawdziwa mama…*
T: *Tak, wiem. Ja jestem ADOPCZYK, a Ty nie jesteś adopczyk, he… Ja mam dwa razy urodziny, a ty nie, hehehe…*

Dla rodzin, które adoptowały dziecko w wieku przedszkolnym, faza rodziny z dzieckiem w okresie przedszkolnym jest pierwszą fazą w rozwoju rodziny. Dzieci adoptowane w wieku przedszkolnym pamiętają swoją historię preadopcyjną. Ich naturalną potrzebą jest opowiadanie rodzicom o swojej sytuacji i bycie słuchanym. Istotne wydaje się inicjowanie sytuacji, w których dziecko, czując się bezpiecznie, chciałoby opowiadać o swoich doświadczeniach. Jeśli dziecko nie jest zachęcane do dzielenia się swoimi przeżyciami sprzed adopcji, to albo będzie się starało zapomnieć o tych doświadczeniach, albo będzie opowiadało o nich w sytuacji, w której jego poczucie bezpieczeństwa zostanie zachwiane. Przykładem może być sytuacja, gdy w rodzinie odbywa się przyjęcie i są goście. Dziecko, zmuszane do pójścia spać, może włączyć opowiadanie: „U mojej mamy mogłem siedzieć długo, do nocy. Oglądałem filmy jak chciałem. Mama była pijana i nic nie wiedziała. Ale mogłem, wtedy było lepiej".

Dziecko w okresie wczesnoszkolnym, dzięki rozwojowi myślenia, zaczyna rozumieć adopcję w kategoriach straty: „Najpierw musiałem być porzucony, bym mógł zostać pokochany". Dziecko rozumie, że prawdziwą rodziną jest ta, którą tworzą członkowie powiązani więzami krwi. Na tym etapie rozwoju adopcja jest rozumiana jako sposób wejścia do rodziny – inny niż do rodziny biologicznej (Brodzinsky, 1990).

Powodzenie adopcji dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym zależy od stopnia, w jakim rodzice adopcyjni akceptują inność rodziny adopcyjnej na tle rodziny biologicznej.

5.7. Rodzina z dorastającym nastolatkiem

Wkraczanie dziecka w okres dorastania jest dużym wyzwaniem dla rodziny. W tym czasie w rozwoju młodego człowieka pojawia się wiele istotnych zmian: wzrasta znaczenie relacji pozarodzinnych – z rówieśnikami, z partnerem, adolescent jednocześnie pozostaje w bliskości (i zależności) oraz poszukuje własnej indywidualności, inicjuje proces separacji i związanej z nią utraty.

Jednym z istotnych zadań w rodzinie adopcyjnej na etapie rodziny z adolescentem jest ponowne określenie własnego modelu wychowawczego. Okres adolescencji to okres mediacji, uzgodnień; istotne wydaje się wówczas rozeznanie dotyczące oczekiwań wobec dziecka. Właściwe oczekiwania gwarantują równowagę rodzinną, niewłaściwe – np. oczekiwanie nierozstawania się z dzieckiem – mogą prowadzić do dezintegracji rodziny. Próby nawiązywania relacji poza rodziną mogą być odczytane przez rodziców jako akt braku lojalności i wdzięczności. Zdanie typu: „Po tym wszystkim, co dla ciebie zrobiliśmy, w taki sposób nam się odwdzięczasz" adolescenci słyszą nierzadko.

Wśród zmian, które dotyczą adolescenta wyróżnia się: (1) zmiany somatyczne, (2) zmiany w zakresie czynności poznawczych. Havighurst (1981) wymienia wiele zadań rozwojowych przypadających na okres adolescencji. Wśród nich znajduje się akceptacja swojego wyglądu i umiejętność skutecznego posługiwania się własnym ciałem. W adopcyjnej adolescencji zmiany w budowie własnego ciała, jako czynnik uwarunkowany genetycznie, rodzą pytanie „Do kogo ja jestem podobny(a)?", bezpośrednio łączące się z rodziną biologiczną adolescenta. Młody człowiek stawia sobie istotne pytania dotyczące swojego pochodzenia, okoliczności porzucenia, historii przedadopcyjnej i związanych z nią wspomnień. Zmiany czynności poznawczych, jakie zachodzą w okresie dorastania, są rozpatrywane zazwyczaj na bazie koncepcji Piageta (1964), zgodnie z którą sposób rozumienia siebie i innych, rozwiązywania problemów związany jest ze stadium operacji formalnych. Charakteryzuje go bardziej logiczne, abstrakcyjne i mniej egocentryczne myślenie. Dorastający głębiej wnika w problemy, stawia dociekliwe pytania. Poszukiwanie racjonalnych wyjaśnień łączy się z krytycyzmem.

Badania młodych adolescentów (Chistolini, 2006) wykazały, że istotnej zmianie podlega „opowieść adopcyjna" (*adoption story*). Młody człowiek nadaje nowy wymiar mitologicznym, idealistycznym i romantycznym aspektom tej opowieści, zmienia się jego rozumienie pojęcia „adopcja", w którym pojawia się, jak stwierdził Brodzinsky (1990), element braku przynależności do linii genealogicznej. Adolescent przyjmuje bardziej krytyczną postawę – z badań Chistolini (2006) wynika, że zależy ona od tego, jaki był stosunek rodziców do przeszłości adopcyjnej dziecka. Postawa otwartości i życzliwości ze strony rodziców sprzyja rozwojowi adolescenta. Brak otwartości sprawia, że młody człowiek będzie szukał „zamaskowanych" sposobów poznawania swojej historii. Autorka uważa, że każda jednostka w sposób realistyczny i spójny musi znać swoją osobistą przeszłość (Chistolini, 2006).

Przedstawione rozważania dotyczące rodziny adopcyjnej, oparte na wynikach dotychczasowych badań, nie wyczerpują tematu. Ważne wydaje się prowadzenie dalszych badań rodzin adopcyjnych, których celem powinno być poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o diagnostyczne i profilaktyczne wyznaczniki powodzenia adopcji.

Przypisy

[1] Dobro dziecka jest rozumiane jako zapewnienie dziecku odpowiednich warunków wychowania i rozwoju. Zgodnie z ustaleniami prawnymi przysposobić można małoletniego do ukończenia przez niego 18 r.ż. Gdy małoletni skończył 13 lat, wymagana jest zgoda przysposabianego (art. 118, par. 1 KRO). Przysposobić można dziecko, które jest pełną sierotą lub którego rodzice biologiczni wyrazili zgodę na adopcję albo zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej przez sąd.

[2] „Dziecko może być zakwalifikowane do przysposobienia związanego ze zmianą dotychczasowego miejsca zamieszkania dziecka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na miejsce zamieszkania w innym państwie po wyczerpaniu wszystkich możliwości znalezienia kandydata do przysposobienia tego dziecka na terenie kraju, chyba że między przysposabiającym a przysposabianym dzieckiem istnieje stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa albo gdy przysposabiający już przysposobił siostrę lub brata przysposabianego dziecka” (art. 167 UoWRiSPZ, 2011).

[3] Należy odróżnić niepłodność od czasowo ograniczonej płodności. Jest to ważne z punktu widzenia doboru metod diagnostycznych i leczenia, aby w jak najmniejszym stopniu obciążać małżonków w sferze fizycznej, psychicznej oraz chronić ich przed zbędną stratą czasu (Binkiewicz, 2013).

[4] Niewielkie zmiany hormonalne mogą być przyczyną cykli bezowulacyjnych, podczas których nie dochodzi do uwolnienia z pęcherzyka jajnikowego komórki jajowej gotowej do zapłodnienia. Dotyczy to zespołu policystycznych jajników (PCOS).

[5] Do działań ubocznych antykoncepcji zalicza się: zwiększenie ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, wzrost ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego, np. udaru mózgu, zawału serca. Wieloletnie stosowanie antykoncepcji powoduje stopniowe zanikanie gruczołów odpowiedzialnych za produkcję śluzu szyjkowego (por. Binkiewicz, 2013).

[6] Od urodzenia dziecka musi upłynąć 6 tygodni, aby rodzice biologiczni dziecka mogli wyrazić w sądzie zgodę na przysposobienie. Dziecko w tym czasie przebywa w rodzinie zastępczej, w szpitalu lub u rodziców biologicznych.

[7] Pojęcie to wprowadził do psychologii Robert J. Havighurst (1953). Zadania rozwojowe, według Havighursta, to problemy, wobec których staje jednostka w danym okresie życia. Wynikają one z trzech źródeł: dojrzewania fizycznego, nacisków kulturowych oraz z indywidualnych aspiracji i wartości. Rozwiązanie zadania rozwojowego prowadzi jednostkę do zadowolenia i poczucia sukcesu w rozwiązywaniu następnych zadań. Niepowodzenie czyni ją nieszczęśliwą, nieaprobowaną przez otoczenie i powoduje trudności w radzeniu sobie z dalszymi zadaniami.

[8] **Poronienie** to wydalenie z macicy jaja płodowego do 22 tygodnia ciąży. Rozróżnia się **poronienia sporadyczne**, tj. takie, które zdarzają się raz lub dwukrotnie u danej kobiety,

i **poronienia nawracające**, tj. takie, których kobieta doświadcza co najmniej trzykrotnie (Skrzypczak i in., 2006).

[9] Decyzja życiowo doniosła to taka decyzja, która, zdaniem Walesy (1988): (1) ma istotne znaczenie dla życia i rozwoju jednostki, (2) w świadomości jednostki jawi się jako wydarzenie krytyczne, (3) jej konsekwencje (zarówno pozytywne, jak i negatywne) mogą mieć wpływ na dalsze życie jednostki i wyznaczają kolejne decyzje, (4) jej skutki dotyczą nie tylko decydenta, lecz także innych osób, z którymi pozostaje on w relacji. Szerzej na ten temat pisze Jarmołowska (2007).

[10] Wiele par decyduje się na zapłodnienie *in vitro*. Jednakże dla par bezpłodnych na skutek usunięcia kobiecie macicy metoda ta staje się niemożliwa do zastosowania.

[11] Niektóre fragmenty tekstu zostały opublikowane w: Kalus (2009; przedruku dokonano ze względu na istotne znaczenie wyników badań dla tego rozdziału).

Rozdział 6

Rodzina zastępcza

Alicja Kalus

6.1. Rodzina zastępcza z perspektywy prawnej
6.2. Specyfika rodziny zastępczej
6.3. Rodzinny dom dziecka jako rodzinna forma opieki zastępczej
    6.3.1. Perspektywa prawna

Rodzina uważana jest przez psychologów rozwojowych **za prymarny kontekst rozwojowy jednostki**. Według Bronfenbrennera (1979, s. 845) jest to kontekst, w którym dziecko może obserwować i przyjmować wzory coraz bardziej złożonej aktywności we współdziałaniu lub pod bezpośrednim kierownictwem osób – posiadających wiedzę i umiejętności jeszcze przez dziecko nieopanowane – z którymi ma ono ukształtowane pozytywne stosunki emocjonalne. W psychologii ekologicznej (Bronfenbrenner, 1979; Tyszkowa, 1996) przyjmuje się następujące tezy: (1) środowisko stanowi integralną całość, którą tworzą jego fizyczne i społeczne elementy[1], (2) proces rozwoju jednostki dokonuje się zawsze w określonym kontekście (*development in context*), (3) rozwój jest efektem stałej, aktywnej interakcji, która zachodzi między jednostką a środowiskiem, (4) wzajemne relacje interpersonalne, które dokonują się na drodze komunikacji werbalnej i niewerbalnej, zachodzą także wówczas, gdy nie występują kontakty bezpośrednie między osobami. Podstawą funkcjonowania relacji interpersonalnych są „wcześniejsze doświadczenia zakodowane w postaci wspomnień oraz aktualne ich opracowywanie pod wpływem interakcji z innymi osobami" (Bakiera, 2009, s. 60). Odnosząc główne tezy ekologii rozwoju człowieka do dzieci umieszczanych w rodzinach zastępczych, należy podkreślić, że dzieci te mają jednocześnie dwa znaczące dla ich rozwoju środowiska, tj. środowisko rodziny zastępczej i środowisko rodziny biologicznej, naturalnej. Dziecko uczestniczy w życiu rodziny naturalnej (podczas wizyt, które odbywają się w ramach współpracy rodziny zastępczej i rodziny naturalnej lub w sferze myśli, wyobrażeń) oraz w życiu rodziny zastępczej. Środowiska te często są skrajnie różne.

Zarówno rodzina biologiczna, jak i rodzina zastępcza, jako środowiska rozwoju dziecka, pełnią dwie funkcje: są źródłem stymulacji dziecka oraz kontekstem jego rozwoju (Tyszkowa, 1996). Wydaje się, że centralnym zadaniem rodziny zastępczej, jako środowiska rozwoju dziecka, jest ustalenie i realizowanie w procesie rozwoju dziecka właściwej relacji między środowiskiem rodziny biologicznej i rodziny zastępczej. Należy pamiętać, że rodzina zastępcza traktowana jest jako **tymczasowa** forma opieki nad dzieckiem.

Często zdarzają się sytuacje, w których dziecko nie znajduje w swojej rodzinie właściwych warunków do rozwoju. Kleniewska (2008, s. 194)

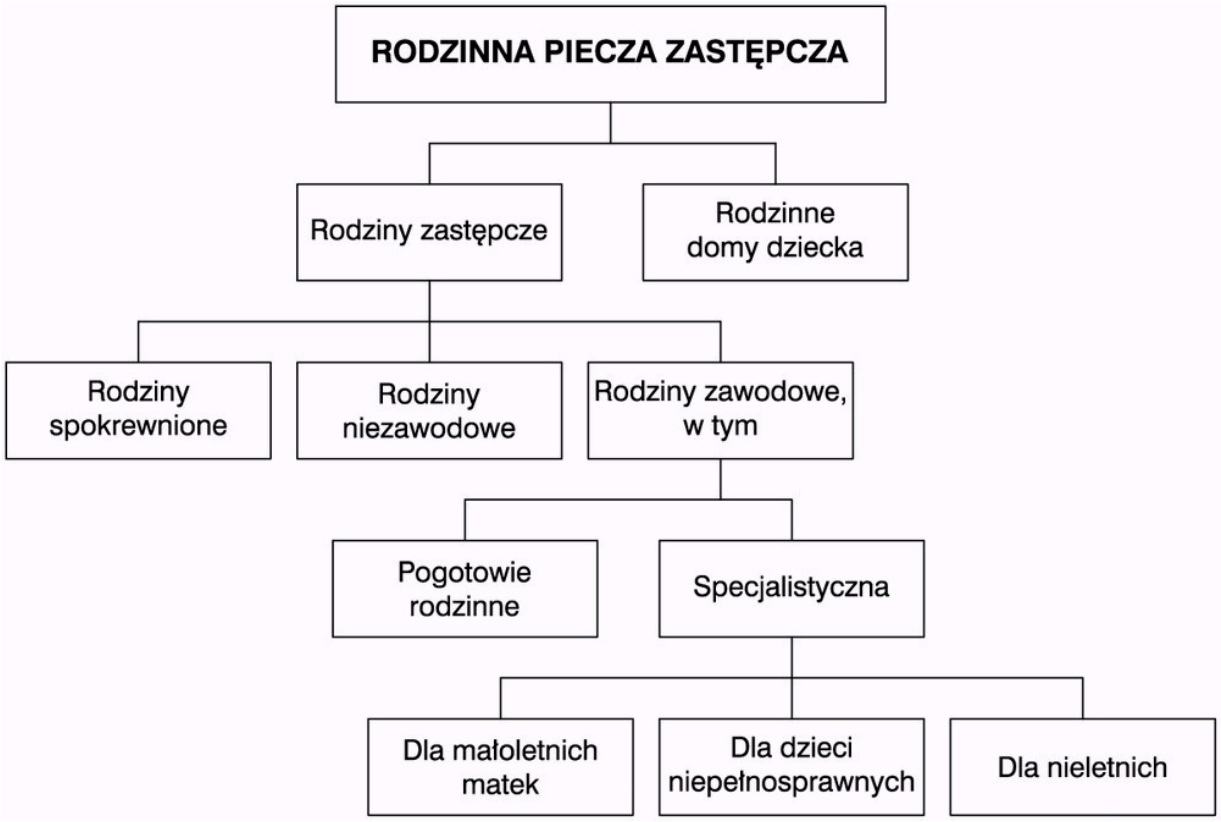
określa je mianem „sytuacji wyjątkowych”. Można do nich zaliczyć **sytuacje związane z naturalnymi procesami** (np. śmierć rodziców, ich choroba przewlekła), **sytuacje związane z decyzją rodziców o oddaniu dziecka na wychowanie innym rodzicom** (np. zgoda blankietowa na przysposobienie, czasowe powierzenie władzy rodzicielskiej z powodu wyjazdów zarobkowych za granicę, trudna sytuacja finansowa) oraz **sytuacje związane z działaniem instytucji działających na rzecz rodziny**, zakończonym wydaniem przez sąd postanowienia o ograniczeniu władzy rodzicielskiej rodzicom biologicznym (niewłaściwie wypełniane role rodzicielskie, stosowanie przemocy czy też rażące zaniedbywanie dziecka).

Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że wśród przyczyn umieszczania dzieci w pieczy zastępczej w 2012 r. najczęściej występowały:

- uzależnienie rodziców – 39,62%;
- bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych – 25,17%;
- półsieroctwo – 8,52%;
- sieroctwo – 4,46 %;
- przemoc w rodzinie – 3,63%;
- niepełnosprawność co najmniej jednego z rodziców – 3,24%;
- długotrwała lub ciężka choroba co najmniej jednego z rodziców – 3,04%;
- pobyt za granicą co najmniej jednego z rodziców (praca zarobkowa) – 2,98%;
- ubóstwo – 1%;
- nieodpowiednie warunki mieszkaniowe – 0,90%;
- bezrobocie – 0,46% ogółu dzieci[2].

Wśród obecnie funkcjonujących w Polsce form opieki zastępczej nad dzieckiem wyróżniamy **formy rodzinne** i **formy instytucjonalne** (art. 34 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, 2011). Obowiązuje zasada pierwszeństwa – przed innymi formami sprawowania pieczy nad dzieckiem poza rodziną naturalną –zapewniania dziecku rodzinnych form opieki zastępczej. Ze względu na temat tego rozdziału, akcent zostanie położony właśnie na rodzinne formy opieki zastępczej. Zaliczamy do nich **rodziny zastępcze** (spokrewnione, niezawodowe, zawodowe), **rodzinne domy dziecka** (art. 39 Ustawy o wspieraniu rodziny

i systemie pieczy zastępczej, 2011, s. 15), a także, jak podaje *Prawo o aktach stanu cywilnego* (2011), **rodziny adopcyjne** (które stanowiły przedmiot rozważań w poprzednim rozdziale *Rodzina adopcyjna*). Szczegółowa charakterystyka systemu pieczy zastępczej została przedstawiona na rycinie 6.1.



RYCINA 6.1

System rodzinnej pieczy zastępczej

Źródło: Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).

Skala zjawiska, jakim jest rodzicielstwo zastępcze, jest duża. Z danych opublikowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wynika, że w 2012 r. umieszczono w placówkach pieczy zastępczej 58 082 dzieci. Wśród typów pieczy zastępczej dominowała rodzinna piecza zastępcza (73,89%), instytucjonalne formy tej pieczy stanowiły zaś 26,11%[3].

6.1. Rodzina zastępcza z perspektywy prawnej

W tytule Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011) zostało wprowadzone pojęcie **piecza zastępcza**. Rozumieć je należy jako **system rozwiązań prawnych, których celem jest dobro dziecka**. Piecza zastępcza (1) oznacza opiekę nad dzieckiem, które przebywa poza swoim środowiskiem rodzinnym lub tym, które ze względu na własne dobro nie może przebywać w tym środowisku, (2) sprawowana jest przez inne osoby niż rodzice lub przez specjalnie powołane instytucje, (3) ustanawiana jest na podstawie orzeczenia sądu lub organu podlegającego kontroli sądu (Andrzejewski i in., 2006). Wśród aktów prawnych, które regulują funkcjonowanie rodzin zastępczych, są:

- Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie szkoleń dla kandydatów do sprawowania pieczy zastępczej;
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru zaświadczenia kwalifikacyjnego;
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.

Z Konwencji o prawach dziecka, przyjętej 20 listopada 1989 r. wynika, że „dziecko dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia” (Kleniewska, 2008, s. 194). Obserwacja życia społecznego wskazuje na to, że częstym zjawiskiem są sytuacje, w których opieka nad dzieckiem nie może być sprawowana przez rodziców biologicznych.

Na podstawie analizy dotychczasowych ustaleń w literaturze można wyodrębnić następujące cele pieczy zastępczej:

- zapewnienie dziecku opieki w miejsce wykonywanej nienależycie lub niewykonywanej w ogóle władzy rodzicielskiej;
- dążenie do wychowania dziecka w rodzinie, gdyż piecza sprawowana jest w zastępstwie rodziców (ibid.);

- ustalanie jej tylko wtedy, gdy nie istnieje możliwość zapewnienia dziecku opieki oraz wychowania przez rodziców biologicznych.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 6.1

Charakterystyka pieczy zastępczej
Art. 4
Stosując ustawę, należy mieć na względzie podmiotowość dziecka i rodziny oraz prawo dziecka do:
1) wychowania w rodzinie, a w razie konieczności wychowywania dziecka poza rodziną – do opieki i wychowania w rodzinnych formach pieczy zastępczej, jeśli jest to zgodne z dobrem dziecka;
2) powrotu do rodziny;
3) utrzymywania osobistych kontaktów z rodzicami, z wyjątkiem przypadków, w których sąd zakazał takich kontaktów;
4) stabilnego środowiska wychowawczego;
5) kształcenia, rozwoju uzdolnień, zainteresowań i przekonań oraz zabawy i wypoczynku;
6) pomocy w przygotowaniu do samodzielnego życia;
7) ochrony przed arbitralną lub bezprawną ingerencją w życie dziecka;
8) informacji i wyrażania opinii w sprawach, które go dotyczą, odpowiednio do jego wieku i stopnia dojrzałości;
9) ochrony przed poniżającym traktowaniem i karaniem;
10) poszanowania tożsamości religijnej i kulturowej;
11) dostępu do informacji dotyczących jego pochodzenia.

Art. 8
1. Rodzinie przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych wójt zapewnia wsparcie, które polega w szczególności na:
   1) analizie sytuacji rodziny i środowiska rodzinnego oraz przyczyn kryzysu w rodzinie;
   2) wzmocnieniu roli i funkcji rodziny;
   3) rozwijaniu umiejętności opiekuńczo-wychowawczych rodziny;
   4) podniesieniu świadomości w zakresie planowania oraz funkcjonowania rodziny;
   5) pomocy w integracji rodziny;
   6) przeciwdziałaniu marginalizacji i degradacji społecznej rodziny;
   7) dążeniu do reintegracji rodziny.
2. Wspieranie rodziny jest prowadzone w formie:
   1) pracy z rodziną;

2) pomocy w opiece i wychowaniu dziecka.

3. Wspieranie rodziny jest prowadzone za jej zgodą i aktywnym udziałem, z uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego.

Art. 33

Piecza zastępcza zapewnia:

1) pracę z rodziną umożliwiającą powrót dziecka do rodziny lub gdy jest to niemożliwe – dążenie do przysposobienia dziecka;
2) przygotowanie dziecka do:
   a) godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia,
   b) pokonywania trudności życiowych zgodnie z zasadami etyki,
   c) nawiązywania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowanych kontaktów z rodziną i rówieśnikami, w celu łagodzenia skutków doświadczania straty i separacji oraz zdobywania umiejętności społecznych;
3) zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno-rekreacyjnych.

Art. 34

Piecza zastępcza jest sprawowana w formie:

1) rodzinnej;
2) instytucjonalnej.

Rozdział 2

Rodzinna piecza zastępcza

Art. 39

1. Formami rodzinnej pieczy zastępczej są:
   1) rodzina zastępcza:
      a) spokrewniona,
      b) niezawodowa,
      c) zawodowa, w tym zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego i zawodowa specjalistyczna;
   2) rodzinny dom dziecka.

Art. 40

1. Rodzina zastępcza oraz rodzinny dom dziecka zapewniają dziecku całodobową opiekę i wychowanie, w szczególności:
   1) traktują dziecko w sposób sprzyjający poczuciu godności i wartości osobowej;
   2) zapewniają dostęp do przysługujących świadczeń zdrowotnych;
   3) zapewniają kształcenie, wyrównywanie braków rozwojowych i szkolnych;
   4) zapewniają rozwój uzdolnień i zainteresowań;

5) zaspokajają jego potrzeby emocjonalne, bytowe, rozwojowe, społeczne oraz religijne;
6) zapewniają ochronę przed arbitralną lub bezprawną ingerencją w życie prywatne dziecka;
7) umożliwiają kontakt z rodzicami i innymi osobami bliskimi, chyba że sąd postanowi inaczej.

2. Rodzina zastępcza oraz prowadzący rodzinny dom dziecka współpracują z ośrodkiem adopcyjnym, koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej i organizatorem rodzinnej pieczy zastępczej.

Art. 41

1. Rodzinę zastępczą lub rodzinny dom dziecka tworzą małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim, u których umieszczono dziecko w celu sprawowania nad nim pieczy zastępczej, z zastrzeżeniem art. 55 i 58.
2. Rodzinę zastępczą spokrewnioną tworzą małżonkowie lub osoba, o których mowa w ust. 1, będący wstępnymi lub rodzeństwem dziecka.
3. Rodzinę zastępczą zawodową lub rodzinę zastępczą niezawodową tworzą małżonkowie lub osoba, o których mowa w ust. 1, niebędący wstępnymi lub rodzeństwem dziecka.

Źródło: Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).

Zasady umieszczenia dziecka poza rodziną biologiczną określone są m.in. w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym (KRO; 2011) oraz w Ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011). Takie umieszczenie może nastąpić w kilku sytuacjach:

- ograniczenia rodzicom biologicznym władzy rodzicielskiej z powodu zagrożenia dobra dziecka (art. 109 KRO);
- pozbawienia rodziców biologicznych władzy rodzicielskiej (art. 111 KRO);
- gdy rodzice biologiczni dziecka nie żyją (art. 94, § 3 KRO);
- gdy sąd musi zastosować środek wychowawczy wobec nieletniego, który wykazuje przejawy demoralizacji (na podstawie Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich);
- gdy powstanie pilna konieczność zapewnienia dziecku opieki zastępczej (art. 72. § 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

Decyzję o umieszczeniu dziecka (z uwzględnieniem kategorii rodziny zastępczej) w danej rodzinie zastępczej wydaje sąd. W podejmowaniu

decyzji istotne wydaje się uwzględnienie odpowiedniej różnicy wieku między rodzicami zastępczymi a dzieckiem (zbyt duża lub zbyt mała różnica wieku może wiązać się z licznymi trudnościami w określeniu roli rodzica zastępczego i związanych z nią obowiązków).

Kandydatami na rodziców zastępczych mogą być nie tylko małżonkowie, ale także osoby, które nie żyją w formalnym związku. Ustawa z 2004 r. podaje, że w pierwszej kolejności kandydatami na rodzinę zastępczą są osoby z dzieckiem spokrewnione lub spowinowacone. Ma to na celu zminimalizowanie zmian w życiu dziecka oraz ułatwienie kontaktów z bliskimi i rodzicami biologicznymi (Kleniewska, 2008). Natomiast Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011) nie mówi o pierwszeństwie pełnienia opieki nad dzieckiem przez osoby z nim spokrewnione. Jest to bardzo ważna zmiana w doborze odpowiedniej rodziny zastępczej dla dziecka w określonej sytuacji. Zmianie uległy przede wszystkim prawa osób spokrewnionych z dzieckiem do sprawowania nad nim opieki w formie rodziny zastępczej. Kandydatom na rodziców zastępczych są stawiane różnego rodzaju wymagania oraz muszą oni spełnić określone oczekiwania, które szczegółowo podaje Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).

Jak podaje Kleniewska (2008, s. 45): „Wymagania określone przez ustawę wobec kandydatów na rodziny zastępcze powinny być zweryfikowane nie tylko przez formalne dokumenty, ale, co ważniejsze, przez opinię właściwych podmiotów”.

Przy doborze rodziny zastępczej obowiązują następujące zasady:

- musi być zachowana odpowiednia różnica wieku między dzieckiem a przyszłymi rodzicami zastępczymi;
- należy przygotować kandydatów do pełnienia roli rodziny zastępczej i wypełniania jej funkcji;
- musi być zapewniona możliwość zaspokojenia potrzeb dzieci przez rodziców zastępczych.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 6.2

Charakterystyka kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej
Art. 42

1. Pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które:
   1) dają rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej;
   2) nie są i nie były pozbawione władzy rodzicielskiej, oraz władza rodzicielska nie jest im ograniczona ani zawieszona;
   3) wypełniają obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do nich wynika z tytułu egzekucyjnego;
   4) nie są ograniczone w zdolności do czynności prawnych;
   5) są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniami o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionymi przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
   6) przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   7) zapewnią odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe umożliwiające dziecku zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, w tym:
      a) rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego,
      b) właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań,
      c) wypoczynku i organizacji czasu wolnego.
2. Pełnienie funkcji rodziny zastępczej niezawodowej lub zawodowej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które nie były skazane prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
3. W przypadku rodziny zastępczej niezawodowej co najmniej jedna osoba tworząca tę rodzinę musi posiadać stałe źródło dochodów.
4. Rodzina zastępcza oraz prowadzący rodzinny dom dziecka sprawujący pieczę zastępczą nad dzieckiem mogą czasowo, za zgodą starosty, sprawować pieczę zastępczą nad tym dzieckiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Sprawowanie pieczy zastępczej nad dzieckiem może być czasowo powierzone, za zgodą starosty, rodzinie zastępczej lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka, którzy nie zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy rodzina zastępcza lub prowadzący rodzinny dom dziecka sprawują pieczę zastępczą nad rodzeństwem tego dziecka.
6. Udzielając zgody, o której mowa w ust. 4 i 5, starosta bierze pod uwagę opinię organizatora rodzinnej pieczy zastępczej oraz określa czas, na jaki zgoda jest wydawana, a także sposób realizacji planu pomocy dziecku.
7. Okoliczności, o których mowa w ust. 1–3, ustala się na podstawie przeprowadzonej przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej analizy

sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej.

Źródło: Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011).

6.2. Specyfika rodziny zastępczej

Na podstawie analizy dotychczasowej wiedzy dotyczącej rodziny zastępczej i jej znaczenia dla rozwoju dziecka (Matejek, 2003; Kleniewska, 2008; Winogrodzka, 2007; Joachimowska, 2008) można przyjąć, że istnieją duże różnice w opisywaniu rodziny zastępczej. Jest ona ujmowana jako:

- rodzina, która, mimo że przejmuje opiekę nad dzieckiem, **nie staje się jego rodziną biologiczną**. Matejek (2003, s. 143) podkreśla, że „Rodzina zastępcza jest ceniona za stwarzanie optymalnych warunków wychowawczych, które przy właściwym jej funkcjonowaniu w maksymalnym stopniu zbliżają ją do warunków panujących w rodzinie naturalnej”;
- środowisko wychowawcze do czasu powrotu dziecka do rodziny biologicznej;
- forma całkowitej lub okresowej opieki nad dzieckiem osieroconym czy z innych powodów pozbawionym właściwej opieki ze strony rodziców biologicznych. Jej istotną cechą jest to, że między rodzicami zastępczymi a dzieckiem **nie powstają takie stosunki prawne jak przy adopcji**;
- charakteryzująca się **klarownością relacji między opiekunami a dziećmi** („Jesteśmy twoimi opiekunami zastępczymi, np. ciocią, wujkiem…”) oraz **poszanowaniem więzi emocjonalnych łączących dziecko z rodzicami biologicznymi**;
- środowisko, w którym rodzice zastępczy powinni **umożliwiać dziecku osobiste kontakty z rodziną biologiczną**;
- charakteryzująca się **tymczasowością relacji między rodzicami zastępczymi a dzieckiem**. Należy podkreślić, że nieodłącznym doświadczeniem w rodzinie zastępczej jest doświadczenie straty. Zagadnienie to szczegółowo zostało omówione w odniesieniu do rodziny adopcyjnej w poprzednim rozdziale, pod tytułem *Rodzina adopcyjna*. Badania prowadzone w perspektywie teorii stresu i radzenia sobie z nim,

a tym samym straty, nie doczekały się dotychczas empirycznego opracowania. Stanowią jedynie temat rozważań podczas spotkań grup wsparcia dla rodziców zastępczych.

- rodzina, w której pobyt dziecka powinien służyć jego dobru, wyrażającemu się m.in. odbudową więzi rodzinnych, zmianami w zachowaniu, a w przypadku dzieci w okresie niemowlęcym także kształtowaniem bezpiecznego przywiązania;
- rodzina stanowiąca **formę pomocy dziecku i jego rodzinie biologicznej**.

Analiza dotychczasowej wiedzy (Kleniewska, 2008; Kawula, 1996) pozwala ustalić pozytywne i negatywne konsekwencje dla rozwoju dziecka umieszczenia go w rodzinie zastępczej. Rodzina zastępcza, podobnie jak rodzina adopcyjna, jest środowiskiem korzystniejszym dla rozwoju dziecka niż placówka opiekuńczo-wychowawcza. Jak podaje Kawula (1996, s. 377), „W wielu wypadkach stanowi jedyny sposób ochrony dziecka przed chorobą sierocą, w innych zaś stać się może środkiem chroniącym przed wykolejeniem i demoralizacją”.

Do **pozytywnych** cech umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej należy zaliczyć:

- klarowność relacji między dzieckiem a rodzicami zastępczymi. Dzieci umieszczane w rodzinach zastępczych są świadome tego, że opiekunowie nie są ich biologicznymi rodzicami (wprowadza się najczęściej rolę cioci, wujka). Istotną zmienną jest tu wiek dziecka w momencie umieszczenia go w rodzinie zastępczej;
- ujawnianie dziecku prawdy o jego biologicznej rodzinie, co jest łatwiejsze niż w rodzinach adopcyjnych. Istotnym zagadnieniem wydaje się przekazywanie dziecku prawdy o jego rodzinie biologicznej w powiązaniu z pozytywnymi emocjami (por. mechanizm nadawania znaczeń). Częstym zjawiskiem w rodzinach zastępczych jest ujawnianie dziecku trudnych dla niego do przyjęcia treści dotyczących jego rodziców biologicznych („Twoja mamusia to okropna kobieta; ona ci tyle krzywdy wyrządziła”). W procesie przygotowania kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej należy uwzględnić umiejętności radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami z życia dziecka w rodzinie biologicznej;

- umożliwienie dziecku kontaktowania się z rodziną biologiczną, co sprzyja ciągłości genealogicznej;
- zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa – które niejednokrotnie jest u niego zachwiane – miłości i własnej wartości. Kusio (1998) dodaje, że w rodzinie zastępczej możliwe jest przywrócenie dzieciom wiary w dorosłego człowieka, właściwego kierunku wychowania, zapewnienie wszelkich podstawowych potrzeb psychicznych i emocjonalnych. Z badań Brągiel i Kurcz (2003) wynika, że dzieci, które są umieszczane w rodzinach zastępczych, charakteryzuje chwiejność emocjonalna, nerwowość, lęk oraz dystans w zawieraniu bliższych kontaktów interpersonalnych;
- odgrywanie przez rodzinę zastępczą istotnej roli w rozwoju poznawczym dziecka.

Analiza dotychczasowej wiedzy (Brągiel, Kurcz, 2003; Badora, 2002; Kusio, 1998; Winogrodzka, 2007) dotyczącej rozwoju poznawczego dzieci umieszczanych w rodzinach zastępczych pozwala na następujące wnioski:

- dzieci z rodzin zastępczych nierzadko mają gorsze wyniki w nauce niż ich rówieśnicy z rodzin naturalnych (z badań Badory z 1998 r. wynika, że 8% dzieci z rodzin zastępczych było opóźnionych organizacyjnie, 16% miało problemy dydaktyczne, a 19% przejawiało trudności wychowawcze);
- tylko 3% dzieci z rodzin zastępczych nie otrzymuje promocji do następnej klasy; dzieci przebywające w rodzinach biologicznych najczęściej otrzymują w szkole oceny dobre (62,8%) i bardzo dobre (20,3%), a dzieci z rodzin zastępczych dostateczne (60,5%) oraz dobre (28,9%) (Brągiel, Kurcz, 2003);
- dzieci z rodzin zastępczych mają więcej problemów dydaktycznych niż ich rówieśnicy z rodzin biologicznych.

W zakresie rozwoju społecznego dzieci umieszczanych w rodzinach zastępczych wyciągnięto następujące wnioski:

- pod wpływem pobytu w rodzinie zastępczej oraz działań opiekuńczo-wychowawczych, a także aktywności samego dziecka, występują zmiany w jego zachowaniu. Poziom i częstotliwość występowania zachowań trudnych znacznie się obniża. Następuje także poprawa w przygotowaniu

i przystosowaniu dziecka do wymagań stawianych przez szkołę, co jest efektem oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych rodziców zastępczych oraz zaspokojenia potrzeb psychicznych i rozwojowych dziecka;

- 67,1% dzieci z rodzin zastępczych angażuje się w życie szkoły, chętnie o niej opowiada, udziela się, uczestniczy w organizacji imprez kulturalnych, w pracach porządkowych, przedstawieniach (Kusio, 1998);
- dzieci z rodzin zastępczych znalazły się bez wątpienia w sytuacji trudnej i wyjątkowej. W chwili umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej, staje się ona dla niego grupą społeczną, która pozytywnie oddziałuje. „Proces socjalizacji, jakiemu były poddane w rodzinach naturalnych, przebiegał najczęściej w nieprawidłowy sposób. Dlatego tak ważne jest, aby rodzina zastępcza, czyli środowisko wtórnej socjalizacji, była systemem spójnym, stwarzającym pozytywną atmosferę wychowawczą” (Winogrodzka, 2007, s. 102);
- wychowawcy szkolni dzieci z rodzin zastępczych bez problemu wydali opinię, iż 64,2% badanych dzieci łatwo nawiązuje kontakty koleżeńskie, potrafi współpracować i bawić się z rówieśnikami. Jednocześnie wychowawcy uznali, że 6,9% podopiecznych rodzin zastępczych ma kłopoty z nawiązaniem relacji koleżeńskiej. Zdarzało się także, że dzieci z rodzin zastępczych same wycofywały się z kontaktów z kolegami lub były odrzucane przez klasę. Należy jednak dodać, że sytuacje te nie były typowe dla badanej grupy. Badania wykazały, że 94,2% dzieci z rodzin zastępczych potrafiło odnaleźć się w grupie rówieśniczej, dzieci były chętne do zabawy, spontaniczne, miały kolegów w klasie. Nauczyciele zwracali uwagę na fakt, iż początkowy dystans podopiecznych rodzin zastępczych względem rówieśników i nowego otoczenia szybko był pokonywany. Dzieci bez większych trudności wchodziły w nowe środowisko (Kusio, 1998).

Do **negatywnych cech** umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej należy zaliczyć zerwanie więzi emocjonalnych między rodzicami zastępczymi a dzieckiem w momencie jego powrotu do rodziny biologicznej lub adopcyjnej. W tej sytuacji, zarówno rodzice zastępczy, jak i dziecko doświadczają poczucia straty. Wydaje się, że najwłaściwszym modelem współpracy między rodziną zastępczą a biologiczną byłoby

kontynowanie spotkań zgodnie z zasadą dobra dziecka. Z badań wynika, że w rodzinie zastępczej „Dziecko jest pozbawione poczucia stabilności i bezpieczeństwa, jakie może dać tylko rodzina naturalna i adopcyjna" (ibid., s. 57). Tymczasowość pobytu nie sprzyja rozwojowi emocjonalnemu dziecka. Równowaga emocjonalna oraz psychiczna mogą zostać naruszone.

Instytucja rodziny zastępczej rozwijała się na przestrzeni kilku wieków, a jej zadania i funkcje zmieniały się wraz z upływem lat (Badora, 2005a). Niektóre źródła podają, iż instytucja rodzin zastępczych była powszechnie znana już w okresie wczesnego średniowiecza (Winogrodzka, 2007). Szczególny rozwój rodziny zastępczej nastąpił pod koniec XVI w. pod kierunkiem św. Wincentego á Paulo, duchownego francuskiego. Umieszczał on dzieci u kobiet wiejskich, aby zmniejszyć śmiertelność w sierocińcach. Jak pisze Winogrodzka (2007, s. 65) „Forma umieszczania dzieci u mamek do wykarmienia i wychowania rozwinęła się w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVI i XVII wieku". Na gruncie polskim zajmował się tym ks. Gabriel Piotr Baudouin, mniej więcej w połowie XVIII w. Badora (2005a, s. 273) zaznacza, że „Znaczące osiągnięcia w rozwoju rodziny zastępczej można jednak odnotować dopiero w okresie międzywojennym". Lata powojenne okazały się czasem wyjątkowego rozwoju i rozkwitu rodzin zastępczych.

6.3. Rodzinny dom dziecka jako rodzinna forma opieki zastępczej

W literaturze przedmiotu wielu autorów (Badora, 2005b; Kleniewska, 2008; Sadowska, 2003) różnie definiuje rodzinny dom dziecka. Według Sadowskiej (2003) jest to placówka zapewniająca opiekę częściową lub całkowitą dzieciom pozbawionym opieki rodziców biologicznych. Rodzinne domy dziecka udowodniły już swoją wartość i przydatność i bardzo dobrze uzupełniają inne formy opieki nad dzieckiem jej pozbawionym. Zdaniem autorki jest to przykład placówki kameralnej, prorodzinnej. Kleniewska (2008) uważa, że rodzinne domy dziecka mogą być alternatywnym wobec rodzin zastępczych rozwiązaniem zapewnienia dziecku opieki. Wspomina, że rodzinny dom dziecka dostarcza

podopiecznemu wzoru funkcjonowania prawidłowo działającej rodziny, w której życiu może on uczestniczyć. Badora (2005b) pisze o tym, że rodzinny dom dziecka jest podstawową placówką wśród placówek rodzinnych. Zadaniem rodzinnego domu dziecka jest zapewnienie podopiecznym całodobowej, ciągłej lub okresowej opieki i wychowanie w warunkach zbliżonych do domu rodzinnego. Autorka podkreśla, że pobyt dziecka w placówce rodzinnej powinien mieć charakter przejściowy – do czasu powrotu do rodziny naturalnej lub znalezienia rodziny adopcyjnej czy zastępczej. W opinii Kusio rodzinny dom dziecka jest formą pośrednią między domem rodzinnym a rodziną zastępczą. Autorka pisze, że

> Rodzinny dom dziecka jest instytucją niewielką, pomyślaną na wzór rodzin wielodzietnych. […]. Z punktu widzenia funkcji i celów, które przyświecają rodzinnym domom dziecka, są one takie same, jak stojące przed rodzinami zastępczymi, natomiast patrząc z perspektywy prawno-organizacyjnej – rodzinne domy dziecka bliższe są opiece zakładowej niż rodzinnej (Kusio, 1998, s. 16).

Na podstawie analizy dotychczasowych ustaleń można sformułować następujące cele rodzinnego domu dziecka:

- zapewnienie dziecku całodobowej lub częściowej opieki i warunków do prawidłowego rozwoju;
- stworzenie dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych okazji do poznania wzoru prawidłowo działającej rodziny.

Poszczególni badacze problematyki opieki zastępczej akcentują różne wymiary aspekty funkcjonowania rodzinnych domów dziecka. Kusio (1998) zwraca szczególną uwagę na to, że rodzinne domy dziecka są bliższe opiece zakładowej, niż rodzinnej ze względu na dużą liczbę przebywających w nich dzieci i zaznacza, że prowadzący taki dom dostaje miesięczne wynagrodzenie, a więc opieka nad dzieckiem jest odpłatna. Natomiast Sadowska (2003) akcentuje prorodzinny charakter rodzinnego domu dziecka. Badora (2005b) skupia uwagę na charakterze i wymiarze czasowym przebywania podopiecznych w rodzinnym domu dziecka. Pisze ona (ibid., s. 312), że „Rodzinny dom dziecka jest placówką, która stwarzając warunki życia zbliżone do rodzinnych, daje większe niż inne

placówki możliwości indywidualizowania procesu opiekuńczo-wychowawczego, lepszego dostosowania działań do specyficznych potrzeb każdego dziecka". Rodzinne domy dziecka pomagają dzieciom powrócić do normalnego funkcjonowania, przezwyciężać trudności i braki edukacyjne, przywracają prawidłowy obraz człowieka, zapewniają poczucie bezpieczeństwa, spokój i akceptację, której dzieciom często brakuje.. Tym samym troszczą się o prawidłowy rozwój emocjonalny dziecka, który nierzadko jest mocno zaburzony.

6.3.1. Perspektywa prawna

Rodzinne domy dziecka funkcjonują na podstawie przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011). Dziecko umieszczane jest w rodzinnym domu dziecka w sytuacji, gdy nie ma możliwości, by pomóc jego rodzinie naturalnej lub umieścić je w rodzinie zastępczej; w rodzinnym domu dziecka mogą przebywać rodzeństwa. Sytuacja prawna podopiecznych może się zmienić w każdej chwili, np. gdy rodzice zostaną pozbawieni władzy rodzicielskiej, a więc w świetle prawa dzieci mogą zostać adoptowane. Pobyt dziecka w placówce rodzinnej powinien mieć charakter przejściowy, do czasu powrotu do rodziny naturalnej lub znalezienia rodziny adopcyjnej czy zastępczej. Osoba prowadząca taki dom ma status pracownika, a więc przysługuje jej prawo do urlopu oraz comiesięczne wynagrodzenie. Do rodzinnego domu dziecka dzieci kierowane są na podstawie orzeczeń sądu rodzinnego.

Rodzinny dom dziecka ma określone przepisy dotyczące życia oraz zasady odnośnie do wychowania dzieci. Jedną z nich jest zasada poszanowania praw rodziców, a więc prawa rodziców biologicznych do kontaktów z dzieckiem, jeżeli istnieje taka możliwość, utrzymywania z nimi więzi, a także w miarę możliwości odwiedzin dziecka w domu rodziny biologicznej (Badora, 2005b). Zadaniem rodzinnych domów dziecka jest zaspokajanie potrzeb dziecka, przede wszystkim emocjonalnych; warunki i atmosfera panujące w tych domach są zbliżone do warunków i atmosfery panujących w prawidłowo funkcjonującym domu rodziny biologicznej.

Telka (2000) przeprowadziła badania rozwoju społecznego i poznawczego dzieci z pięciu rodzinnych domów dziecka. Wyniki

wykazały, iż niemalże w każdym rodzinnym domu dziecka przebywają podopieczni mający trudności z nauką szkolną. Prawie 66% z nich nie radzi sobie z matematyką oraz innymi przedmiotami ścisłymi, ok. 33% dzieci ma trudności z przedmiotami humanistycznymi. Telka (2000, s. 64) pisze, że „Opiekunowie sygnalizują w wypowiedziach istnienie trudności w nauce, w związku z opanowaniem wiadomości z różnych przedmiotów". Wiodącym zadaniem (dotyczacym rozwoju poznawczego dziecka) opiekunów w rodzinnym domu dziecka jest pomaganie podopiecznym w pokonywaniu trudności i braków edukacyjnych – w codziennym odrabianiu lekcji, powtarzaniu materiału. Autorka ukazuje, iż często wobec postępów i osiągnięć szkolnych dzieci stosowany jest układ kar i nagród. Wzmocnienia pozytywne stosowane są, gdy dziecko osiągnie zamierzony efekt w nauce, i mają one motywować dziecko do dalszej nauki. Nagrodą może być okazanie radości i zadowolenia, pochwała, czuły gest, tj. przytulenie lub pocałowanie.

Dotychczasowe badania dotyczące rodzinnych form opieki zastępczej jedynie w niewielkim stopniu pozwalają zrozumieć psychologiczną sytuację rodzin zastępczych. Większość z tych badań prowadzona była przez socjologów i pedagogów; brakuje natomiast badań psychologicznych. Wydaje się, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest trudność w docieraniu do reprezentatywnej próby badawczej oraz, tak jak w przypadku rodzin adopcyjnych, niechęć rodzin zastępczych do udziału w badaniach. Obserwuje się zjawisko, które można by określić jako „syndrom ochraniania". Dotyczy on rodziców zastępczych oraz dzieci, które umieszczane są w rodzinnych placówkach opieki zastępczej. Członkowie rodzin zastępczych mają za sobą diagnozy psychologiczno-pedagogiczne, których wyniki często decydują o losach dzieci i rodziców. Sytuacja ta, pełna niepewności, zagrożenia, wydaje się istotnie wpływać na obniżenie poczucia bezpieczeństwa rodziny zastępczej.

Przypisy

[1] Zachowania, zarówno indywidualne, jak i grupowe, w środowisku fizycznym nie są nigdy wyznaczone tylko przez jego fizyczne właściwości, lecz także przez właściwości ludzi przebywających w tych obiektach i przez funkcje społeczne tych obiektów (Eliasz, 1993, s. 34).

[2] *Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2012 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (2013).

[3] *Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2012 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (2013).

Rozdział 7

Kulturowa różnorodność rodziny

Jolanta Miluska

7.1. Status współczesnej rodziny
7.2. Wartości kulturowe a interakcje w rodzinie
7.3. Rodziny wielokulturowe
7.4. Przyszłość rodziny w kontekście procesu zmiany społecznej

Rodzina jest naturalnym obiektem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. W psychologii najwięcej odkryć notuje należąca do szerokiego nurtu badań psychologii społecznej psychologia rodziny. Ważne jest, aby ogólne ustalenia dotyczące funkcjonowania rodziny uzupełnić tymi, których dostarcza perspektywa kulturowa, dowodząca jej zmienności uzależnionej od dominujących w danej społeczności wartości kulturowych. Tradycyjnie takie podejście proponuje antropologia kulturowa, skoncentrowana na opisie różnic w strukturze i funkcjonowaniu rodziny. Obecnie coraz częściej dopełnia je perspektywa badań psychologii międzykulturowej. Jej dokonania są znaczne, choć stale brakuje teoretycznych analiz, które są zastępowane przez porównania sposobu funkcjonowania małżonków, rodziców i dzieci wywodzących się z różnych krajów. Tworzenie generalizacji uwzględniających koncepcje socjologiczne i kulturoznawcze jest jednak zarówno potrzebą, jak i coraz skuteczniej realizowanym celem.

7.1. Status współczesnej rodziny

Rodziny różnią się między sobą ze względu na rozmaite kryteria: wielkości, bogactwa, poziomu wykształcenia, zawodu, poglądów i postaw, standardów aksjologicznych i psychologicznych cech ich członków. Różni je także fundamentalny system wartości kulturowych, decydujący o kulturowej zmienności rodziny. Może on w różnym stopniu odzwierciedlać wartości i normy obowiązujące w danym społeczeństwie, może być także traktowany jako kryterium i wskaźnik odmienności kulturowej tła, na którym kształtuje się i funkcjonuje rodzina. Choć istnieje ku temu predylekcja, nie ma podstaw, aby przyjąć, że amerykańska rodzina reprezentująca klasę średnią jest prototypem rodziny. Rodziny są wszak kulturowo zmienne.

Tym, co łączy rodziny i stanowi przyczynę ich tworzenia, jest możliwość zaspokajania różnych potrzeb, wśród których szczególne miejsce zajmuje potrzeba więzi, przynależenia do grupy ważnej dla własnej tożsamości i doświadczenia bycia u siebie, także w rozumieniu własnej kultury. Dom rodzinny jest miejscem unikalnym – jest „gniazdem”, „kolebką” „ojcowizną”, z dominacją takich wartości, jak poczucie bycia na własnym

miejscu, przynależności do rodziny, akceptacji, miłości i szczęścia, które zapewniają matka, ojciec, antenaci, dzieci i wnuki żyjący w ramach pewnej materialnej i symbolicznej kultury (Theiss, 2008). Etos kulturowy rodziny jest początkiem i przestrzenią tworzenia się tożsamości kulturowej młodego pokolenia. Powszechne we wszystkich znanych kulturach są takie funkcje rodziny (patrz szerzej rozdz. 4, cz. I), jak: prokreacja, wychowanie (kształtowanie poglądu dzieci na życie), podział pracy między płciami oraz nadawanie statusu społecznego (Queen, Habenstein, 1967). Te atrybuty i zadania rodziny czynią ją w niemal wszystkich społeczeństwach najważniejszą wartością, która wyprzedza inne, takie jak praca, polityka, czas wolny czy przyjaciele (Siemieńska, 1999).

Mimo powszechnej akceptacji instytucji rodziny, pewne aspekty pozytywnej postawy wobec niej są zależne od kultury. Badania Boskiego i Cichomskiego (Boski, 2009) wykazały, że kraje postkomunistyczne wyróżniają się na tle krajów zachodniej Unii Europejskiej i państw anglosaskich bliskością więzi rodzinnych wyrażającą się częstością składania wizyt dzieciom oraz odwiedzin ojca i matki. Intensywne praktyki rodzinne korelują z siłą więzi rodzinnych, z szacunkiem dla rodziny i przyjaciół oraz z religijnością w badanych 62 krajach świata (House i in., 2004). Dla Polaków znaczenie dzieci i życia rodzinnego nie tylko jest większe niż znaczenie innych dziedzin życia (np. przyjaźni, a zwłaszcza sytuacji politycznej), lecz także w latach 1992–2005 wykazywało tendencję rosnącą (Bańka, 2006, za: Boski, 2009).

Stwierdza się jednocześnie związki poziomu praktyk rodzinnych z pewnymi wartościami kolektywizmu instytucjonalnego. Kultywowanie więzi rodzinnej koreluje ujemnie z PKB *per capita*, z dobrobytem gospodarczym, ze wsparciem sektora publicznego dla dobrobytu gospodarczego, ze światowym wskaźnikiem konkurencyjności, poziomem zdrowia społecznego, ogólnym dobrostanem, wskaźnikiem rozwoju życia człowieka, z osiągnięciami naukowymi, natomiast dodatnio – z dużą rolą rządu (House i in., 2004). Praktyki życia rodzinnego są zatem bardziej intensywne w krajach uboższych ekonomicznie, o słabej konkurencyjności, niskiej jakości życia, wysokim wskaźniku patologii społecznej. Rodzina pełni tam funkcję czynnika stanowiącego istotne wsparcie społeczne.

Rodziny różnią się ze względu na kilka kryteriów. Jednym z nich jest źródło władzy. Patriarchat oznacza, że władza należy do mężczyzn, zwykle

ojca lub dziadka, natomiast matriarchat to władza kobiet. Innym kryterium różnic jest **zasada dziedziczenia**: są rodziny patrylinearne (dziedziczenie w męskiej linii) oraz matrylinearne (np. grupa Indian Ameryki Północnej Hopi czy Haida). Czynnikiem różnicującym jest też **miejsce zamieszkania**: pozostawanie w rodzinie małżonka oznacza patrylokalność, a w rodzinie żony – matrylokalność. Linia dziedziczenia często koresponduje z miejscem zamieszkania, czego przykładem są patrylinearne i patrylokalne rodziny chińskie i japońskie oraz matrylinearne i matrylokalne rodziny Hopi (Queen, Habenstein, 1967).

Podobnie jak inne struktury społeczne, rodziny podlegają zmianom wywołanym przez działanie czynników ekologicznych, takich jak industrializacja, urbanizacja, kryzysy gospodarcze, wojny czy naturalne katastrofy. Wszelkie zmiany społeczne wpływają na wielkość i strukturę rodziny, modyfikują także rolę kobiet i mężczyzn, co wpływa na relacje w rodzinie.

Istnieje opozycja coraz bardziej powszechnej **rodziny nuklearnej**, złożonej z rodziców i dzieci, oraz **rodziny poszerzonej** o dziadków, wujków, ciotki, kuzynów itd. Rodzina nuklearna, najbardziej typowa dla kultury zachodniej, mieszka zwykle oddzielnie, zachowując pewien dystans w stosunku do krewnych. Inaczej jest w rodzinach poszerzonych (Indianie Hopi, starożytni Rzymianie, Hebrajczycy czy Chińczycy), gdzie kilka pokoleń żyje razem, dzieląc ekonomiczne obligacje. Dodać trzeba także **rodziny mieszane** (złożone), utworzone z dwóch lub więcej rodzin nuklearnych, w których dzieli się wspólnego męża czy żonę. To oznacza poligynię, gdzie mąż ma dwie lub więcej żon, poliandrię (kobieta ma dwóch lub więcej mężów) oraz konkubinat (partner seksualny, który uchodzi za członka rodziny, lecz nie ma takiego pełnego statusu) (ibid.). Poligynia, która dowodzi dobrego statusu materialnego mężczyzny, jest tradycyjną formą małżeństwa wśród muzułmanów, mormonów, niektórych plemion afrykańskich i w niektórych regionach Indii, natomiast poliandria jako forma zdecydowanie rzadsza (praktykuje ją mniej niż 0,5% społeczeństw) występuje w niektórych plemionach żyjących w Afryce Środkowej, w Tybecie i w sąsiadujących z nim rejonach Indii, Nepalu i Bhutanu. W zachodniej kulturze jedynie dopuszczalną prawnie strukturą jest monogamia, będąca najbardziej rozpowszechnioną i najbardziej akceptowaną formą małżeństwa i rodziny. Bywa ona coraz częściej

realizowana poza małżeństwem, przyjmując postać konkubinatu i kohabitacji, będących bardziej luźnymi i niesformalizowanymi związkami. Poza tymi najbardziej typowymi układami rodzinnymi istnieją także rodziny typu **sib**, **klan** i **household**. Ta pierwsza oznacza szeroką grupę krewnych pochodzących od wspólnego antenata, klan łączy kryterium pokrewieństwa i miejsca zamieszkania, natomiast ostatni typ rodziny to grupa osób, które rezydują razem, choć nie muszą być krewnymi (ibid.).

Role kobiet i mężczyzn najlepiej opisują podstawowe modele rodziny – tradycyjny i egalitarny (patrz rozdz. 5, cz. I). Wyrażają one odmienne koncepcje podziału i charakteru relacji między małżonkami; u podstaw tych koncepcji leżą przekonania na temat odmiennych atrybutów związanych z płcią oraz na temat rodzaju wartości, które w najwyższym stopniu je wyrażają i wzmacniają. **Tradycyjny model małżeństwa** wynika z koncepcji dychotomii płci i zakłada, że istnieją znaczące różnice między kobietami i mężczyznami, dotyczące sfery biologicznej, psychicznej i osobowościowej, co stanowi predylekcję do pełnienia odmiennych ról społecznych. W tradycyjnym modelu mężczyzna pełni rolę opiekuna i żywiciela rodziny, jego najważniejszym zadaniem jest praca (troska o zasoby materialne rodziny), on też dysponuje władzą – podejmuje decyzje, sprawuje kontrolę, nagradza i karze. Rola kobiety, spostrzeganej jako żona i matka, polega natomiast na zajmowaniu się domem i rodziną. Powinna ona rodzić dzieci, wychowywać je, dbać o dom i odpowiednią w nim atmosferę; powinna cechować się zależnością, posłuszeństwem, czułością, empatią i opiekuńczością (Plopa, 2007a; Kaźmierczak, 2008). Różnica w funkcjonowaniu oparta jest na odmiennym systemie wartości ważnych dla obu płci: instrumentalnych, dominujących w życiu mężczyzn, i ekspresyjnych, istotnych dla kobiet. W większości znanych kultur kobiety są słabsze i podporządkowane mężczyznom. W świetle badań antropologicznych możliwe jest jednak odwrócenie związku płci z cechami i zachowaniami kobiet i mężczyzn. Mead, która badała trzy społeczności na Nowej Gwinei, odkryła kultury, w których to od mężczyzn oczekiwano nieśmiałości i opiekuńczości, natomiast kobiety były bardziej dominujące, agresywne i zorientowane na współzawodnictwo (Mead, 1986a). Obserwacja ta podważa uniwersalność zachodniej konstrukcji kobiecości i męskości. Stała się też przyczynkiem do dyskusji w sprawie płci

społeczno-kulturowej (*gender*), w której dyskutujący widzą z jednej strony ciekawą koncepcję naukową sprzyjającą równości płci, a z drugiej niebezpieczną dla podstaw cywilizacji ideologię i praktykę społeczną.

Egalitarny model małżeństwa, oparty na równorzędnych, tzw. partnerskich, relacjach między małżonkami jest modelem bardziej współczesnym. Jego powstanie wiąże się z przekształceniem tradycyjnych ról społecznych. Czynnikiem, który znacznie ewoluował, jest rola kobiety, która z czasem przestała polegać jedynie na zajmowaniu się domem. Kobiety coraz częściej podejmują pracę zawodową i zdobywają wyższe wykształcenie pozwalające im robić karierę. Z tej racji, skoro pracuje zawodowo zarówno mąż, jak i żona, obowiązki domowe także rozdzielane są między małżonków. Oboje zajmują się domem i dziećmi, podejmują ważne decyzje i każde z nich realizuje swoje zainteresowania. W modelu egalitarnym mężczyzna stał się bardziej nastawiony na innych, a kobieta, bardziej niż w modelu tradycyjnym, skupia się na własnej osobie (Kaźmierczak, 2008). Ważna jest możliwość samorealizacji małżonków, istnieje bowiem przekonanie, że związek małżeński nie może ograniczać żadnemu z nich rozwoju osobistego, kształcenia się i realizowania pasji. Partnerski rodzaj małżeństwa i rodziny akceptują przede wszystkim wykształcone kobiety (im wyższe wykształcenie, tym silniejsza preferencja dla tego rodzaju związków), natomiast starszy wiek, zwłaszcza mężczyzn, skłania do pomniejszania praw kobiet do autonomii, robienia kariery (Siemieńska, 1999). Jednocześnie w krajach postkomunistycznych różnice między generacjami w zakresie koncepcji związków kobiety i mężczyzny są zdecydowanie mniejsze niż w krajach zachodnich – prawdopodobnie z powodu braku dyskusji nad małżeństwem i rodziną czy nieobecności ideologii ruchów feministycznych (ibid.). W tej grupie najwyższy wskaźnik konserwatywnych poglądów na temat społecznej roli kobiet odnotowano w Rosji i Bułgarii, a najniższy w Czechach. Najmniej konserwatywne są natomiast kraje anglosaskie, szczególnie Kanada, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania (Cichomski i in., 1999).

Wszelkie zmiany społeczne wpływające na wielkość i strukturę rodziny, a także na rolę kobiet i mężczyzn w rodzinie, razem z podwyższonym poziomem społecznej i zawodowej mobilności mogą przyczyniać się do destabilizacji społeczeństwa, wywołując u jednostek nieakceptujących tego typu procesów poczucie utraty wspólnotowego życia i samotności – zjawisk

obserwowanych szczególnie w wielkich aglomeracjach miejskich. Tego rodzaju efekt, poza czynnikami natury ekonomicznej czy demograficznej, ma u podstaw zmianę dominującego systemu wartości. Ceniony wcześniej kolektywizm, wspierający życie wspólnotowe, w tym rodzinne, zostaje stopniowo zastępowany wartościami indywidualistycznymi, promującymi potrzeby jednostki, często kosztem praw i dążeń grupy, także rodziny. Coraz częściej zawierane małżeństwa mieszane – wielokulturowe, w których narusza się spójność etniczną czy religijną grupy własnej, a więc i kanon wspólnych wartości – prowadzą do osłabienia więzi z krewnymi. W efekcie tych procesów rodziny wielopokoleniowe zastępowane są małymi rodzinami nuklearnymi i coraz częściej pojawiają się mniej zobowiązujące związki kohabitacyjne (patrz szerzej rozdz. 2 i 3, cz. II), w których rodzą się i wychowują dzieci. Istnieje zróżnicowana kulturowo tradycja takich związków, która odzwierciedla kulturowy *background*. Indywidualistyczne kraje nordyckie (Szwecja, Dania) mają tu najdłuższą historię. Według „European Family and Fertility Surveys” w 1994 r. w Danii kohabitowało 72% par w wieku 16–29 lat (Slany, 2006). Równie popularna jest kohabitacja w krajach germańskich: w latach 90. XX w. 90% Holendrów żyło w tego typu związku przed zawarciem małżeństwa. Z kolei w bardziej kolektywistycznie zorientowanych krajach Europy Południowej i Wschodniej kohabitacja jest stale rzadkością, choć i tam się upowszechnia. Obserwuje się także wzrost liczby rozwodów, matek i ojców samotnie wychowujących dzieci (w Wielkiej Brytanii przynajmniej 1/3 rodzin) i tzw. rodzin patchworkowych. Ponad 25% populacji społeczeństw zachodnich żyje samotnie, a dodatkowo zwiększa się skala relacji innych niż heteroseksualne (Laungani, 2007). Nie oznacza to jednak całkowitego schyłku tradycyjnej rodziny, choć wiele procesów modernizacyjnych działa właśnie w tym kierunku. Czynnikami ponadkulturowymi, które sprzyjają stałości rodziny, jest silna więź między matką i dzieckiem, zwłaszcza w początkowych latach jego życia, silniejsza preferencja dla monogamii, którą tłumaczyć można mniejszymi zobowiązaniami i wydatkami, kulturowe zasady regulacji promiskuityzmu oraz biologiczne, psychologiczne, społeczne i kulturowe funkcje rodziny (Queen, Habenstein, 1967).

7.2. Wartości kulturowe a interakcje w rodzinie

Na charakter więzi w rodzinie i sposób jej funkcjonowania wpływa niewątpliwie kultura. Idea, że dzieci są socjalizowane w ramach własnej kultury w procesie interakcji z innymi osobami, jest jednym z założeń teorii socjalizacji, choć mechanizmy tego wpływu są przedmiotem dyskusji. Przyjmuje się np., że pewne przekonania i wzory zachowań, tworzące tzw. skrypty kulturowe, są przekazywane przez dorosłych w postaci przykładu lub instrukcji (Whiting, Edwards, 1988). Według Boskiego i in. (1999, s. 114) „skrypty kulturowe są to scenariusze sytuacyjne i wzorce interakcji jednostek, a także ich wzajemne oczekiwania, które są normatywnie sankcjonowane i w miarę powszechnie przyjęte w danej kulturze, przy czym ich aktywizacja psychiczna charakteryzuje się znacznym stopniem automatyzacji". Skrypty te kształtują zachowania interpersonalne i przyczyniają się do różnic w zachowaniach obserwowanych w rożnych grupach kulturowych.

Nie bez powodu badania międzykulturowe odnoszą się do znaczenia wartości kulturowych dla funkcjonowania rodziny. Koncepcje wymiarów kultur narodowych i potwierdzające je wyniki badań przewidują odmienny rodzaj relacji między rodzicami i dziećmi, samymi rodzicami i w grupie dzieci (Hofstede, 2000). Oczywiście każda rodzina zdolna jest stworzyć własną kulturę, która odbiega od norm obowiązujących w danym społeczeństwie, niemniej jednak to kultura narodowa określa ogólne ramy jej funkcjonowania. Jedna z analiz interakcji w rodzinie oparta jest na koncepcji Hofstede'a, który opisuje **pięć wymiarów kultur narodowych**: dystans władzy, indywidualizm *versus* kolektywizm, kobiecość *versus* męskość, unikanie niepewności oraz długo- *versus* krótkookresowe nastawienie życiowe (tzw. dynamizm konfucjański). W kulturze o dużym dystansie władzy rodzice wpajają dzieciom posłuszeństwo, a dzieci traktują rodziców z respektem. Autorytet rodziców i starszych członków rodziny nie słabnie nawet wtedy, gdy dzieci są już dorosłe, istnieje bowiem silna zależność młodszych od starszych oraz potrzeba takiej zależności. Jednocześnie dzieci, zwłaszcza młodsze, obdarzane są szczególną troską i ciepłem. Hierarchia dotyczy też samych dzieci: od młodszych oczekuje się uległości wobec starszych. Z kolei w rodzinach partnerskich, o małym

dystansie władzy, dzieci są traktowane na równi z dorosłymi. Zachęca się je do szybkiego usamodzielnienia się, a związki w rodzinie mogą być odbierane jako oschłe, pozbawione bliskości i ciepła. Według badań Hofstede'a (2000), duży dystans władzy występuje w krajach europejskich o rodowodzie łacińskim (Francja, Hiszpania), w krajach Ameryki Łacińskiej (Gwatemala, Panama) oraz w krajach azjatyckich (Malezja) i afrykańskich, (Afryka Zachodnia), natomiast mały dystans władzy – w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i w krajach będących w przeszłości pod jej wpływem (Nowa Zelandia) oraz w pozostałej części Europy (np. państwa skandynawskie).

Nieco inaczej funkcjonują rodziny w krajach z dominantą wartości kolektywistycznych lub indywidualistycznych. Właśnie ten wymiar leży u podstaw typologii rodzin uwzględniającej model rodziny współzależnej, rodziny psychologicznie współzależnej oraz rodziny niezależnej. W pierwszym modelu podkreśla się związek i zależność między członkami rodziny, a Ja ma charakter relacyjny, socjalizacja w drugim modelu jest zorientowana na autonomię i separację od innych (Ja autonomiczne), natomiast w rodzinach trzeciego rodzaju akcentuje się zarówno indywidualne, jak i rodzinne preferencje, a powstałe Ja ma charakter mieszany, autonomiczno-relacyjny (Kağitçibaşi, 2005). W krajach z dominantą orientacji kolektywistycznej ludzie należą do wielopokoleniowych rodzin czy innych grup (np. ojcowska rola mistrza-majstra czy nauczyciela), które dają im ochronę i poczucie bezpieczeństwa w zamian za lojalność. Uważa się, że dzieci powinny żyć z rodzicami aż do momentu zawarcia związku małżeńskiego, a starzy rodzice powinni pozostawać z dziećmi aż do śmierci – opieka nad nimi traktowana jest jako jeden z naturalnych celów grupy (Triandis, 1994). Dba się o zachowanie harmonii i unikanie konfliktów, a dzieci uczone są myślenia w kategoriach „my", co rozwija ich Ja współzależne (Markus, Kitayama, 1991). Z kolei w krajach indywidualistycznych rodziny są wyizolowane z szerszego społecznego tła, ludzie zajmują się sobą, ewentualnie najbliższymi, a dzieci uczone są rozumowania w kategoriach własnych potrzeb, co rozwija ich Ja niezależne (ibid.). Zachęca się dzieci do samodzielności i mówienia prawdy, nawet gdy może być to źródłem czyjegoś niezadowolenia czy cierpienia, a rozwiązywanie konfliktów uznawane jest za naturalny element życia w rodzinie. Samodzielność, niezależność, kariera, pozostają

w konflikcie np. z opieką nad starymi rodzicami (Triandis, 1994), co może skłaniać do powierzania ich opiece specjalnych instytucji. Badania dotyczące interakcji między amerykańskimi i mieszkającymi czasowo w USA japońskimi matkami i ich dziećmi pokazały, że Amerykanki częściej podkreślają znaczenie indywidualnego doświadczenia i fizyczny dystans. Natomiast ich japońskie odpowiedniczki bardziej akcentowały wspólne doświadczenie, choć jednocześnie w sytuacjach zabawy zachowania były odwrotne, co wskazuje, iż zarówno autonomia, jak i związek są istotne w obu kulturach (Dennis i in., 2002). Krajami indywidualistycznymi są kraje zamożne (Stany Zjednoczone, Australia, Wielka Brytania), natomiast wartości kolektywistyczne częściej dominują w krajach uboższych (Gwatemala, Ekwador, Panama) (Hofstede, 2000).

Sposób funkcjonowania rodziny determinują także wartości tworzące wymiar „męskość–kobiecość" (ibid.). Zmaskulinizowane społeczeństwa wpływają na promocję wartości męskich, instrumentalnych (ambicja, rywalizacja, siła, władza), natomiast społeczeństwa sfeminizowane kulturowo rozpowszechniają zarówno wśród dziewczynek, jak i wśród chłopców wartości ekspresyjne (skromność, takt, delikatność). W tych pierwszych istnieje wyraźny rozdział ról płciowych: uważa się, że mężczyźni powinni być asertywni, ambitni i twardzi, a dziewczynki mogą okazywać słabość; o sprawy bytowe dbają ojcowie, natomiast matki mają troszczyć się o jakość relacji w rodzinie. Ciekawe jest jednocześnie rozwiązanie dotyczące sprzecznych oczekiwań wobec kobiet: rozwijana u nich ambicja i zdolność konkurowania, a więc wartości typowo męskie, powinny być realizowane pośrednio, przez osiągnięcia braci, a potem męża czy synów. Z kolei w „krajach kobiecych" role płciowe częściej są skontaminowane, zarówno kobiety, jak mężczyźni mogą dbać i o relacje międzyludzkie, i o inne sprawy rodziny. Dzieci obojga płci uczone są skromności i pokory, a ich sympatię wzbudzają słabsi i nieszczęśliwi. Do najbardziej męskich kulturowo krajów należą, w świetle badań Hofstede'a, Japonia, Austria i Wenezuela, natomiast kobiecość dominuje w krajach skandynawskich: Szwecji, Norwegii, Holandii i Danii.

Kolejny wymiar kulturowy „małe–duże unikanie niepewności" odnosi się do stosunku wobec sytuacji niepewnych, nieprzewidywalnych, co przenosi się także na postawę wobec ludzi traktowanych jako „inni". Wysokie wartości wskaźnika unikania niepewności są typowe dla krajów

Ameryki Łacińskiej (Gwatemala, Urugwaj), łacińskiej Europy i krajów śródziemnomorskich (Grecja, Portugalia), natomiast niskie charakteryzują większość krajów azjatyckich (Singapur, Hongkong), kraje afrykańskie (Afryka Południowa i Wschodnia) oraz anglosaskie i nordyckie (Wielka Brytania, Dania, Szwecja). W państwach o wysokim wskaźniku unikania niepewności dzieci uczy się odróżniania tego, co bezpieczne i niebezpieczne – dotyczy to zarówno obiektów fizycznych, jak i pewnych kategorii osób. Niebezpieczne mogą być także pewne myśli, niemówienie prawdy, naruszenie tabu. Z kolei w krajach otwartych na inność panuje większa swoboda w zachowaniach i interpretacji norm społecznych – „inne" nie musi oznaczać „niebezpieczne", a zatem nie budzi lęku.

Funkcjonowanie rodziny mogą determinować także wartości wywodzące się spoza kultury europejskiej. Taką rolę odgrywają np. wartości kultury chińskiej, tworzące wymiar: „dynamizm konfucjański". W tej perspektywie rodzina uzyskuje najwyższą rangę jako prototyp wszystkich organizacji społecznych. Hierarchiczne relacje w rodzinie powinny opierać się na wzajemnych, uzupełniających się zobowiązaniach. Strona zależna, podporządkowana (syn, młodszy brat, żona), winna jest szacunek i posłuszeństwo, podczas gdy strona nadrzędna (ojciec, starszy brat, mąż) ma ochraniać i troszczyć się o „podwładnego". Dla harmonii w rodzinie dzieci powinny ograniczyć prezentowanie na zewnątrz swojej indywidualności. Ważne jest „zachowanie twarzy", czyli godności i prestiżu, a zatem relacje społeczne, także w rodzinie, powinny być kształtowane tak, aby każdy mógł tę godność i prestiż zachować. Wysoką pozycję mają takie wartości regulujące wzajemne stosunki, jak uprzejmość, cierpliwość i kurtuazja (Chinese Cultural Connection, 1987). Krajami o najwyższych wskaźnikach dynamizmu konfucjańskiego są Chiny i „tygrysy azjatyckie" (Korea Południowa, Tajwan, Singapur i Hongkong), z kolei Wielka Brytania i kolonizowane przez nią tereny obecnej Kanady, Stanów Zjednoczonych, Nowej Zelandii i Australii nie wyróżniają się na tym wymiarze (Hofstede, 2000).

Regulatorem relacji w rodzinie są nie tylko pojedyncze wymiary wartości, ale także ich interakcja. Szczególnie ważny jest układ: „dystans władzy" x „męskość–kobiecość", który pozwala wyodrębnić cztery kategorie krajów, różniących się poziomami tych zmiennych. Ich układ wpływa istotnie na rodzaj relacji między rodzicami i dziećmi i na wyniki

procesu wychowania. W krajach o dużym dystansie władzy i silnych wartościach męskich (przewaga państw Ameryki Łacińskiej) typowa jest rola władczego ojca i matki, która wykazuje wiele cech twardych, choć jednocześnie jest skłonna do czułości. Tam, gdzie jest duży dystans władzy, lecz przeważają wartości kobiece, oboje rodzice dominują wobec dzieci, choć jednocześnie dbają o jakość relacji (Jugosławia, Chile, Portugalia). Mały dystans władzy oraz wartości męskie wyrażają się tym, że rodzice preferują równorzędne stosunki z dziećmi i jednocześnie odgrywają rolę wzorca: ojciec jest twardy, natomiast matka bardziej troszczy się o sferę uczuć (Austria, Szwajcaria, Irlandia). Wreszcie w krajach o małym dystansie władzy oraz z dominantą wartości kobiecych (kraje skandynawskie) w rodzinie panują stosunki partnerskie, a rodzice w równym stopniu dbają o stosunki międzyludzkie i sprawy materialne, modelując w ten sposób równość ról płciowych w rodzinie (ibid.).

Pewnego wyjaśnienia skutków różnego traktowania dzieci w zależności od dominujących w danej rodzinie wartości kulturowych dostarcza **teoria rodzicielskicj akceptacji–odrzucenia** (PARTheory; Rohner, 1994), która jest teorią socjalizacji odnoszącą się do głównych przyczyn, konsekwencji i korelatów spostrzeganej postawy rodziców wobec dzieci. Na podstawie badań prowadzonych w ponad 200 krajach świata potwierdzono główne założenia tej teorii: ludzie bez względu na różnice kulturowe, etniczne, rasowe, językowe, płciowe, klasowe zasadniczo w podobny sposób reagują na miłość lub odrzucenie okazywane im przez osoby najważniejsze w ich dzieciństwie, a przyczyny i korelaty spostrzeganej miłości lub niechęci są także podobne (np. pełna *vs* niepełna rodzina, poziom industrializacji kraju).

7.3. Rodziny wielokulturowe

Innego spojrzenia na problem funkcjonowania rodziny dostarcza **koncepcja strategii akulturacji**. Berry (1976) na podstawie dwóch kryteriów – podtrzymywania kulturowego dziedzictwa własnej grupy oraz kontaktu i partycypacji w życiu grup innych kulturowo – wyróżnił cztery procesy: asymilacji (kontakt, akceptacja nowej i odrzucenie wartości własnej

kultury), separacji (brak kontaktu, niezależność od nowej kultury, kultywowanie własnej), integracji (kontakt, akceptacja wartości kulturowych obu kultur) i marginalizacji (brak kontaktu i niezależność wobec obu kultur), które mogą stanowić podstawę opisu typów rodzin różniących się między sobą postawą wobec tradycji i transmisji kulturowych wartości w warunkach zróżnicowania kulturowego. W każdym z tych typów standardy socjalizacji i ich wyniki są odmienne, w każdym bowiem przypadku młoda generacja jest wyposażana w nieco inny kapitał i kompetencje kulturowe, określające sposób radzenia sobie z własną czy innych osób kulturową różnorodnością (Nikitorowicz, 2001).

Pierwszy typ rodziny (**separacja**) socjalizuje i wychowuje w kierunku etnocentryzmu, przez izolowanie dzieci wewnątrz własnej grupy etnicznej i religijnej. Służy temu wzmacnianie poczucia związku z własną kulturą, chronienie przed negatywnymi wpływami stereotypów i uprzedzeń, wpajanie pozytywnego obrazu grupy własnej (wzmacnianie poczucia przynależności i silnej identyfikacji z jej kulturą przez akcentowanie pozytywnych wydarzeń z historii rodziny), angażowanie w religijne praktyki i aktywną partycypację w religijnych i etnicznych organizacjach oraz protegowanie własnych wartości kulturowych. **Drugi typ rodziny** (**integracja**) socjalizuje i wychowuje dualistycznie, przez dostarczanie pozytywnych przykładów różnorodności, religijnej tolerancji, wzajemnych kompromisów i szacunku dla kulturowo odmiennych wartości, wskazywanie na wzajemne korzyści wynikające z interakcji, na podobne cechy, tak pozytywne, jak i negatywne, osób i grup, co ma prowadzić do identyfikacji z dwiema kulturami. W praktyce ważne jest równoległe stosowanie wartości reprezentowanych przez różne grupy przy zachowaniu własnej kulturowej specyfiki oraz stopniowym wprowadzaniu kultury grupy większościowej. **Trzeci typ rodziny** (**marginalizacja**) nieustrukturyzowany, nie radzi sobie z problemem tożsamości kulturowej. Rodzice nie mają koncepcji wychowania dziecka, brakuje im kulturowej orientacji. W efekcie u dzieci pojawia się brak identyfikacji kulturowej zarówno z grupą własną, jak i z dominującą, niezależność elementów religijnej i etnicznej tożsamości, czy doświadczenie sprzeczności między indywidualnymi wartościami i aspiracjami oraz wartościami i standardami zarówno własnej grupy, mniejszościowej, jak i grupy większościowej. Ostatni, **czwarty typ rodziny** (**asymilacja**) rezygnuje z socjalizacji na

podstawie własnych standardów kulturowych, integrując się wyłącznie z wartościami grupy dominującej. Elementy własnej kultury są w tym procesie nieobecne, nie odkrywa się własnych korzeni w celu unikania atrybucji do mniejszościowej grupy i związanego z tym negatywnego obrazu. Dystans wobec istniejących stereotypów i uprzedzeń wobec grupy własnej ma służyć podtrzymaniu wysokiej samooceny i akceptacji nowych wartości. Ten rodzaj socjalizacji jest zorientowany na identyfikację z kulturą dominującą z równoczesnym eliminowaniem wpływów grupy pochodzenia.

Podobne typy rodzin opisano na podstawie badań dotyczących sposobów radzenia sobie ze zróżnicowaniem kulturowym wewnątrz rodziny i w jej relacjach z otoczeniem. Analiza sposobu funkcjonowania 24 rodzin wykazujących różnice natury narodowościowej (jeden z małżonków miał tureckie, chińskie lub marokańskie pochodzenie), etnicznej (romskie pochodzenie jednego z małżonków) lub religijnej (jehowici, buddyści i muzułmanie) wykazały, że różnice kulturowe były na początku czynnikiem przyciągania się partnerów, lecz w większości przypadków okazywały się później źródłem konfliktów, w których największą rolę odgrywała upośledzona w stosunku do mężczyzn sytuacja kobiet, pozbawionych prawa wyboru (Szerląg, 2012). W niewielu przypadkach możliwe okazało się akceptowanie różnic, kultywowanie tradycji każdego z małżonków i wspólne wypracowywanie strategii wychowania dzieci. Uwzględniając różne sposoby radzenia sobie ze zróżnicowaniem kulturowym wewnątrz i poza rodziną, wyróżniono cztery typy rodziny. Pierwszy to **rodzina zorganizowana hierarchicznie z równoczesną jej dekonstrukcją**. W takich rodzinach dochodzi do intensywnej konfrontacji między małżonkami, co prowadzi do kulturowej dominacji jednego z nich (zwykle reprezentanta grupy większościowej) i określa sposób socjalizacji dzieci. Dewaluacja atrakcyjności drugiego małżonka, niezdolność radzenia sobie z różnicami kulturowymi i zewnętrzna interwencja przyczyniają się dezintegracji takiej rodziny. Typ drugi to **rodzina akceptująca kulturę**. Członkowie grupy mniejszościowej asymilują atrybuty grupy większościowej, a socjalizacja jest oparta na jednej kulturze – na wartościach i postawach typowych dla kultury dominującej. Trzeci typ rodziny – **na pozór koegzystującej** – występuje w sytuacji, w której presja dominującej kultury reprezentowanej przez jednego małżonka spotyka silne

bariery wewnętrzne drugiego z nich, pochodzącego z grupy mniejszościowej, i wywołuje efekt wypracowywania strategii chroniącej kulturę słabszą (np. ukrywanie praktyk religijnych). W procesie socjalizacji nieopanowana sprzeczność kulturowa wyraża się jednoczesnym demonstrowaniem znaczenia wartości kultury dominującej, „pokazywaniem go" w celu ochrony przed konfliktem wewnątrz rodziny i w otoczeniu, oraz internalizowaniem kultury mniejszościowej i kamuflowaniem przywiązania do niej. W rezultacie u dzieci powstaje niekoherentne, dwubiegunowe Ja: oczekiwane przez innych oraz prywatne, co utrudnia proces wypracowania własnej tożsamości. Ostatni typ rodziny to **rodzina zróżnicowana**, **otwarta**. Wzajemne uznawanie kulturowego zróżnicowania w sferze aksjologii umożliwia kultywowanie każdej kultury. Cechami komunikacji w takiej rodzinie jest negocjacja, dialog kulturowy i współdziałanie. Doświadczane różnice są ważnym bodźcem w rozwoju rodziny – jako grupy i każdego z jej członków. Sposób radzenia sobie przez małżonków z ich różnicami kulturowymi ma wpływ na proces socjalizacji i określa samoidentyfikację dzieci. Dla funkcjonowania rodzin istotne jest miejsce zamieszkania – inne skutki powoduje zamieszkanie w kraju pochodzenia jednego z rodziców, kiedy kultura dominująca staje się kulturą rodziny, inne natomiast obecność w kraju neutralnym kulturowo, co stwarza możliwość otwarcia się na różnice kulturowe i zorientowania na wielokulturowość jako wartość (Szerląg, 2012).

Problemy w funkcjonowaniu wielu rodzin kulturowo zróżnicowanych mogą być źródłem zaburzeń w określaniu przez młodzież własnej tożsamości w warunkach przejścia nie tylko ze świata dzieciństwa do świata dorosłych, ale również ze świata, z którego się wywodzi, do kultury gospodarza. Ukonstytuowaniu własnej tożsamości nie sprzyjają też trudności w procesie międzypokoleniowej transmisji wartości. Jest to łatwiejsze w kraju pochodzenia, lecz już nie w warunkach emigracji. Większej zależności między wartościami rodziców i dzieci sprzyjają praktyki socjalizacyjne rodziców będące emanacją tych wartości, jak też szerszy społeczny system ich wsparcia, którego brak na obczyźnie (Rymek-Gmytrasiewicz, 2006). Ta skomplikowana psychologicznie i społecznie sytuacja uzasadnia różnego rodzaju interwencje. Wskazuje się na potrzebę edukacji w kierunku otwarcia na różnorodność, gdzie różnice kulturowe, będące atrybutem codziennej rzeczywistości rodziny, stałyby się

stymulatorem rozwoju w kierunku wielokulturowości (Szerląg, 2012). Ważnym instrumentem tego rodzaju wychowania i nauczania są praktyki uwrażliwiania kulturowego i wyposażanie młodych ludzi w międzykulturowe kompetencje, zwłaszcza językowe (Grzymała-Moszczyńska, 2004; Miluska, 2009). Niekiedy niezbędna jest interwencja pracownika socjalnego – będącego pośrednikiem między tradycyjną kulturą domu i kulturą nowego społeczeństwa – koncentrującego się raczej na specyficznej sytuacji dzieci imigrantów i ich rodziny niż wyłącznie na normatywnych zadaniach rozwojowych. Ważne jest przyjęcie kulturowej perspektywy podopiecznego. Skuteczne działanie wymaga połączenia sił pracownika, dziecka i jego rodziców, a jego efektem jest integracja z nową kulturą (Quinones-Mayo, Dempsey, 2005). Mimo tego typu działań adaptacja kulturowa bywa trudna i wymaga długiego czasu. Obserwacje dwóch generacji Chińczyków z Hong Kongu emigrujących do USA i Australii wykazały, że nawet w drugim pokoleniu poziom autonomii był bliższy kulturze kraju pochodzenia niż kraju gospodarzy, choć jednocześnie był zależny od obszaru aktywności. Łatwiej było o adaptację norm dotyczących aktywności społecznej czy sposobu spędzania wolnego czasu niż form aktywności seksualnej, takich np. jak wczesne randki. Powodem tego oporu jest rodzina, która podlega wprawdzie zmianom kulturowym, lecz nie w takim stopniu, aby interweniowały one w jej strukturę oraz stosowane praktyki wychowawcze ukierunkowane np. na promocję autonomii w pokoleniu dzieci (Feldman, Rosenthal, 1990).

7.4. Przyszłość rodziny w kontekście procesu zmiany społecznej

Kulturowe zróżnicowanie rodzin i przyszłość tej dywersyfikacji są analizowane w kontekście procesu zmiany społecznej (Inkeles, 1969; Kağitçibaşi, 1990). Przyjmuje się jednokierunkowy charakter tego procesu, a rolę czynników odpowiedzialnych za unifikację rodzin i ich zbliżenie do zachodniego wzoru przypisuje się modernizacji, industrializacji i westernizacji. U podstaw tych przypuszczeń leżą dwa podstawowe założenia. Pierwsze z nich to **hipoteza deficytu**, wedle której to, co jest

różne od prototypowego zachodniego modelu, jest gorsze, np. kolektywistyczna orientacja ma być niekompatybilna z rozwojem ekonomicznym. To założenie nie znajduje jednak potwierdzenia, czego przykładem jest Japonia oraz cztery „azjatyckie tygrysy”: Korea, Tajwan, Hong Kong i Singapur. Intensywny rozwój gospodarczy tych kolektywistycznych społeczeństw pokazuje, że bliskie związki interpersonalne i rodzinne mogą współwystępować z ekonomicznym progresem. Drugie założenie głosi, iż zachodnie społeczeństwa, także rodzina, na początku kolektywistyczne, stały się **indywidualistyczne w wyniku procesu industrializacji**. Także i to przypuszczenie nie znajduje jednak potwierdzenia w świetle dowodów historycznych. Indywidualizm i rodzina nuklearna istniały w Europie Zachodniej, a w szczególności w Anglii przed industrializacją, a nawet przed rozpowszechnieniem się protestantyzmu. Nie ma zatem pewności co do tego, że industrializacja wymaga indywidualizmu. Prawdopodobnie społeczeństwa zachodnie mają indywidualistyczną podstawę kulturową, którą proces uprzemysłowienia wykorzystuje, natomiast w społeczeństwach innych kulturowo ten sam efekt dotyczy odmiennych elementów kultury (Kağitçibaşi, 1990). Na przykład może to być rodzinność i grupowa lojalność, które w takich krajach, jak Japonia tworzą „ducha spółki”, a w industrializujących się krajach Trzeciego Świata mają udział w powstawaniu rodzinnych biznesów. Można zatem mówić o ciągłości podstawowej kultury, także tam, gdzie zachodzi proces industrializacji. Jeśli zatem dochodzi do upodobnienia się społeczeństw, w tym rodziny, do zachodniego modelu, to raczej za sprawą środków masowego przekazu i coraz częstszego kontaktu interkulturowego niż samego procesu industrializacji.

Niezależnie od dyskusji na temat możliwych mechanizmów ewolucji rodziny, niewątpliwie wraz z rozwojem społeczno-ekonomicznym państw obserwuje się pewne zmiany w jej strukturze i funkcjonowaniu. Badania „Value of Children Study” pokazały, że wartość dzieci jako gwarantów bezpiecznej starości maleje wraz ze wzrostem statusu socjoekonomicznego rodziców, w tym ich wykształcenia. W warunkach życia w mieście dzieci nie przynoszą dochodu, stając się raczej ekonomicznym obciążeniem niż korzyścią, co tłumaczy mniejszą dzietność w miejskich rodzinach. Malejące znaczenie materialnych zależności między członkami rodziny nie umniejsza jednak roli zależności emocjonalnych. Psychologiczne znaczenie dziecka

dla rodziców nie zmienia się wraz z rozwojem ekonomicznym państwa. Przegląd badań prowadzonych w różnych krajach dowodzi, że wraz z procesem urbanizacji i modernizacji słabną materialne zależności w rodzinie, lecz więzi emocjonalne nie zmieniają się istotnie, a zależności tego rodzaju obserwuje się zarówno w rodzinach nuklearnych, jak i w wielopokoleniowych.

Ważnym psychologicznym problemem współczesnych rodzin jest rozwiązanie konfliktu między wartością wspólnoty i autonomii. Nawet tam, gdzie obserwuje się silną presję na indywidualizm i separację, jak np. w USA, istniały różnice między deklarowanymi wartościami i praktyką życia codziennego, zorientowaną na wspólnotowość (Keniston, 1985). Obecnie stwierdza się pewien rozziew między wartościami (ideałami) i praktykami życia rodzinnego, który, w świetle wyników badań projektu GLOBE, dotyczy raczej kultury zachodniej (krajów anglosaskich, nordyckich, germańskich i Europy Łacińskiej); w pozostałych kulturach (Azji, Afryki i Europy Wschodniej) istnieje duża zbieżność między kolektywnymi (rodzinnymi) wartościami i praktykami, które te wartości wspierają (House i in., 2004).

W kontekście tego, co zostało powiedziane, dyskusja dotycząca rozpadu tradycyjnej rodziny i pojawiania się nowych, alternatywnych jej form powinna uwzględnić z jednej strony społeczno-kulturowy kontekst, a z drugiej – sposoby radzenia sobie z konfliktem między potrzebą autonomii i zależności (wsparcia). Zaspokojenie obu tych potrzeb jest ważne dla rozwoju jednostki, a nowe postaci małżeństwa i rodziny potwierdzają nieodłączne pragnienie człowieka bycia w związku z innymi ludźmi.

Część III

ZDROWOTNE I SPOŁECZNE PROBLEMY W RODZINIE

Rozdział 1

Choroba przewlekła w systemie rodziny

Waldemar Świętochowski

1.1. Trzy ujęcia choroby
1.2. Choroba jako nienormatywny kryzys w rodzinie
1.3. Rodzina wobec przewlekłej choroby
    1.3.1. Reakcje na poziomie zachowań
    1.3.2. Reakcje na poziomie procesów (ujęcie systemowe)
1.4. Adaptacja do kryzysu: jak problemy pomagają w adaptacji?
1.5. Dlaczego przewlekła choroba jest przewlekła?

Rozdział dotyczy regulacyjnej roli przewlekłej choroby w rodzinie. Rozpoczynam go od przedstawienia różnych punktów widzenia na chorobę, zgodnie z biopsychospołecznym modelem choroby. Omawiam również sytuację w rodzinie, spowodowaną pojawieniem się w niej przewlekłej choroby. Istotną częścią rozdziału są genogramowe ilustracje konkretnych przypadków rodzin z chorobą, ilustrujące dynamikę rodzinnych procesów adaptacyjnych.

1.1. Trzy ujęcia choroby

O zdrowiu myślimy w kategoriach choroby lub jej braku. Choroba to „dynamiczny stan organizmu, w którym dochodzi do nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, który może doprowadzić do zmian anatomicznych w narządach lub do zakłóceń w mechanizmach regulacyjnych", a którego nie można powiązać z przejściowym działaniem czynników sytuacyjnych – zewnętrznych lub psychologicznych (Gomułka, Rewerski, 2002, s. 285). Chorobie towarzyszy odczuwany przez chorego dyskomfort lub cierpienie, które mogą wiązać się z obiektywnymi zmianami o charakterze patologicznym.

Wprawdzie biologiczny stan organizmu jest najważniejszym aspektem choroby, ale zaburzenia zdrowotne nie ograniczają się do biologii; ponad 50% objawów zgłaszanych internistom nie ma związku z żadną klinicznie rozpoznawalną chorobą. Choroba jest więc skutkiem nie tylko biologicznej kondycji pacjenta, ale także czynników natury społecznej i kulturowej, okoliczności, stresu, cech osobowości oraz przekonań jednostki na temat natury choroby, a działanie pacjenta jest reakcją nie na określony stan fizyczny, lecz na jego subiektywny odbiór (por. Kas, Cobb, 1946; Mechanic, 1976; Robinson, 1971, Barondess, 1979; Jennings, 1986).

W tradycyjnym, biomedycznym modelu zdrowia choroba rozumiana jest jako niesprawność, dysfunkcja organizmu. Organizm człowieka jest tu traktowany analogicznie do maszyny, która albo sprawnie funkcjonuje, albo musi być w sytuacjach niesprawności naprawiana (Heszen, Sęk, 2008). Tak rozumianą chorobę określa się angielskim terminem *disease* (Boorse,

2004). Choroba (*disease*) zlokalizowana jest w organizmie, stąd też jedynie właściwą metodą jej leczenia jest specjalistyczna ingerencja w układ biologiczny, anatomię lub fizjologię człowieka, a specjalistą odpowiedzialnym za zdrowie i jego naprawę jest odpowiednio przygotowany lekarz, którego zaleceniom i oddziaływaniom bezwzględnie powinien poddać się pacjent. Zdrowie w tym ujęciu to po prostu brak choroby.

W miarę postępów nauki coraz wyraźniej dostrzegano znaczny wpływ czynnika psychicznego na przebieg procesu chorowania. Okazało się, że takie stany psychiczne, jak emocje, nastawienie pacjenta, jego lęk i nadzieja (bądź jej brak) na wyzdrowienie znacząco modyfikują nie tylko percepcję odczuwanych dolegliwości, ale także procesy fizjologiczne, determinujące wystąpienie choroby i jej przebieg. Wzbogacenie modelu biomedycznego o czynniki psychologiczne sprawiło, że część lekarzy nie traktuje już określonej jednostki nozologicznej tak samo u wszystkich pacjentów, przyznając, że „nie istnieje choroba, tylko chory człowiek" (Jaspers, za: Sak, 2008). Obok określenia *disease* zaczął funkcjonować termin *illness*, za pomocą którego chciano zwrócić uwagę na psychologiczny i subiektywny aspekt chorowania, czyli na przeżycia i emocje pacjenta. W modelu holistyczno-funkcjonalnym organizm człowieka rozumiany jest jako integralna całość, system będący funkcjonalnym układem dynamicznym, który podlega zasadom regulacji i samoorganizacji (Heszen, Sęk, 2008).

Coraz więcej doniesień naukowych podkreśla fakt, że każda choroba czy niepełnosprawność w mniejszym lub większym stopniu i na różne sposoby dotyczy również środowiska pacjenta, najczęściej jego najbliższej rodziny. Kolejne określenie, *sickness*, obejmuje więc społeczne aspekty choroby. Jest to przede wszystkim społeczna rola osoby chorej. Wiążą się z tą rolą określone przywileje, ale i powinności. Kiedy członek rodziny jest rozpoznawany jako chory, wpływa to na jego percepcję przez innych i na wyrażane wobec niego oczekiwania. Wzbudza specyficzne uczucia (współczucie, wyrozumiałość, żal), ale również może stać się obiektem niechęci i wrogości. Rodzina oczekuje od chorego pewnych zachowań, np. podporządkowania się wymaganiom leczniczym i przestrzegania zaleceń lekarskich. Zmienia się też jego miejsce i pozycja w strukturze rodziny. Jest to rodzaj specyficznej, tzw. idiosynkratycznej roli rodzinnej (McDaniel, Hepworth, Doherty, 1992; Barbaro de, 1999b).

W każdej chorobie można więc wyróżnić trzy aspekty: biologiczny, psychologiczny i społeczny, co odpowiada obowiązującemu dziś biopsychospołecznemu modelowi zdrowia. W przebiegu chorowania czasami na plan pierwszy wysuwają się właśnie aspekty psychologiczne, a nawet społeczne. Można zaryzykować twierdzenie, że choroba przewlekła (chroniczna), wpisując się w życie rodziny, staje się specyficznym elementem struktury systemu rodzinnego. Szczególnie wyraźnie widać to w odniesieniu do chorób psychicznych, które z perspektywy rodziny mają przede wszystkim wymiar interpersonalny. Dotyczy to jednak także przewlekłych chorób somatycznych. Wzajemna zależność między rodziną a chorobą powoduje, że choroba może wpływać na procesy wewnątrzrodzinne. Wpływ ten jest modyfikowany przez znaczenie, jakie rodzina wiąże z sytuacją wywołaną chorobą. Inaczej reaguje rodzina spostrzegająca chorobę jako poważne zagrożenie, inaczej gdy spostrzega ją jako swego rodzaju wyzwanie. W pierwszym przypadku typową reakcją jest lęk i depresja, w drugim – mobilizacja energii i środków potrzebnych do skutecznego poradzenia sobie z chorobą.

1.2. Choroba jako nienormatywny kryzys w rodzinie

Według współczesnego stanu wiedzy istnieje silny związek między wystąpieniem stresorów a ryzykiem pojawienia się choroby. Choroby będące następstwem stresorów, szczególnie działających przez długi czas, są często przewlekłe (chroniczne) i trwają nieraz nawet kilkadziesiąt lat. W rezultacie właściwego leczenia zwykle dochodzi do redukcji objawów, co jednak nie wyklucza czasowych pogorszeń, wymuszających kolejne zmiany terapii. Taka choroba jest problemem nie tylko dla samego pacjenta, ale i dla całej jego rodziny, bo zakłóca realizację życiowych celów i zadań, a jej permanentne oddziaływanie prowadzi do utrwalania się pierwotnie tylko reaktywnych i tymczasowych zmian w systemie rodzinnym. Choroby przewlekłe wymagają zupełnie nowych sposobów zmagania się z nimi, zmian w samodefiniowaniu pacjenta i jego rodziny oraz długiego czasu

adaptacji. Mając swoje źródło w sytuacjach stresowych, same w sobie są silnie stresujące (Heszen, Sęk, 2008).

Rodziny stosują różne style radzenia sobie z chorobą, które zależą od wielu czynników: więzi uczuciowych, umiejętności komunikowania się, otwartości i gotowości do zmian, samooceny poszczególnych członków rodziny, ich osobowości, schematu choroby, intensywności objawów, stopnia zagrożenia dla życia, wsparcia oraz niektórych czynników demograficznych (Namysłowska, Siewierska, 1993; Ochojska, Radochoński, 1997). McCubbin wyróżnił trzy grupy strategii radzenia sobie przez rodzinę z przewlekłą chorobą. Pierwsza oparta jest na koncentrowaniu się na życiu rodzinnym oraz nadawaniu znaczenia chorobie; druga na podtrzymaniu u zdrowych członków rodziny dobrego samopoczucia przez dbałość o życie towarzyskie oraz rozwój kulturalny i zawodowy; trzecia wiąże się z utrzymywaniem kontaktów z personelem medycznym, stosowaniem się do zaleceń lekarskich oraz wymianą informacji z rodzinami osób cierpiących na podobną chorobę (McCubbin, Figley, 1983).

Olson (za: Ochojska, Radochoński, 1997) pisze o pięciu rodzajach rodzinnych strategii radzenia sobie z sytuacją kryzysową. Są nimi: (1) poszukiwanie wsparcia społecznego (pomocy ze strony dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów itp.), (2) przekształcanie znaczenia sytuacji (redefinicja sytuacji stresowej tak, aby była ona możliwa do zaakceptowania), (3) poszukiwanie wsparcia duchowego (poszukiwanie pomocy u osób duchownych, koncentrowanie się na religii i modlitwie), (4) mobilizowanie rodziny w celu uzyskania pomocy z zewnątrz (korzystanie z pomocy formalnych instytucji i organizacji) oraz (5) pasywna ocena sytuacji (brak inicjatywy i poczucia odpowiedzialności). Z badań autorów wynika, że chorzy największe znaczenie przypisują pomocy ze strony instytucji formalnych. Chore kobiety często przyjmują ponadto postawę pasywną, a także – częściej niż ich mężowie i dzieci – wskazują na wagę modlitwy i poszukiwania pomocy wśród osób duchownych. Chorzy mężowie z kolei zwykle liczą na pomoc krewnych, rodziny i przyjaciół, podczas gdy ich żony i dzieci przeważnie odrzucają tę formę pomocy.

Sposoby zmagania się z sytuacjami trudnymi różnicuje się m.in. ze względu na zaangażowane procesy psychiczne. Wyróżnić można wśród nich strategie poznawcze (w tym stosowanie mechanizmów obronnych,

bagatelizowanie problemu, wybiórcze spostrzeganie elementów sytuacji trudnej), strategie skoncentrowane na emocjach (takich, jak lęk, panika, depresja, poczucie bezradności itp.) oraz strategie behawioralne – od aktywnego, intensywnego działania po całkowitą bierność.

1.3. Rodzina wobec przewlekłej choroby

1.3.1. Reakcje na poziomie zachowań

Najczęściej wymieniane zmiany zachodzące w rodzinie pod wpływem choroby to: zaburzenia rytmu dnia, kłopoty finansowe, zaburzenia planów krótko- i długoterminowych, utrata bliskości fizycznej w małżeństwie, konflikty i zaburzenia komunikacji w rodzinie (Walden-Gałuszko de, 2000; Bishop, 2000). Przez cały proces chorowania i powrotu do zdrowia rodzina podejmuje działania pielęgnacyjne i opiekuńcze wobec osoby chorej. Uczestniczy także w procesie leczenia: współwarunkuje sposób spostrzegania choroby, motywację do zmagania się z nią oraz stosunek do sytuacji diagnostyczno-terapeutycznej na tle sytuacji życiowej chorego (Jarosz, 1978; Pommersbach, 1988; McDaniel, Hepworth, Doherty, 1992; Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, Bajka, 1999).

W przypadku choroby przebiegającej z uszkodzeniem układu ruchu, ból i upośledzenie ruchowe w znacznym stopniu ograniczają osobie chorej możliwość zarobkowania, co prowadzi do utraty przez nią pracy. Konieczna bywa także rezygnacja z pracy osoby przyjmującej rolę opiekuna chorego, ze względu na ilość czasu, jaką pochłania to zajęcie (Walden-Gałuszko de, 2000; Irga, Balcerska, 2002; Bishop, 2000; Kozieł, Naszydłowska, Zdziebło, 2003). Koncentracja na wewnętrznych problemach powoduje izolację od spraw zewnętrznych i zmniejszenie aktywności pozarodzinnej. Ponadto obowiązki wynikające z choroby mogą przyczyniać się do kłopotów małżeńskich. Konsekwencje choroby, takie jak zmiana wizerunku ciała spowodowana okaleczającymi zabiegami operacyjnymi czy też spadek libido i wydolności seksualnej, mogą zmniejszyć atrakcyjność chorego w oczach zdrowego współmałżonka, co wiąże się z utratą bliskości fizycznej (Walden-Gałuszko de, 2000; Bishop, 2000).

Ogromne zaangażowanie, liczne wyrzeczenia i poświęcenie osób odpowiadających za opiekę nad chorym prowadzące do przeciążenia fizycznego i emocjonalnego, mogą doprowadzić do wystąpienia **zespołu wypalenia się sił**, podobnego do tego, które bywa spowodowane przeciążeniem pracą zawodową (Siemiński, Nitka-Siemińska, Nyka, 2007). W **pierwszej fazie** jego objawy przypominają zwykłe przemęczenie (bóle głowy, bezsenność, drażliwość). Następnie osoba wypalona podejmuje próby **dystansowania się od problemów** (depersonalizacja). W końcu następuje przejście do tzw. **fazy terminalnej**, której istotą jest emocjonalne odcięcie się od osoby chorej i zaniedbanie jej. Towarzyszyć mogą temu dolegliwości somatyczne, skłonność do agresji i impulsywność, a w aspekcie operacyjnym – obniżona zdolność do rozwiązywania zadań oraz podejmowania decyzji i w rezultacie obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości. Pogłębia to wysokie napięcie psychiczne, zamykając błędne koło reakcji. W takiej sytuacji członkowie rodziny mogą stać się bierni, mniej empatyczni wobec chorego i stracić poczucie odpowiedzialności za niego, a nawet wytworzyć negatywny obraz chorego i przejawiać wobec niego wrogie nastawienie. „Lekarstwem” na to bywają używki (kofeina, alkohol, nikotyna, leki uspokajające), a przy głębokiej depresji dochodzi do samookaleczeń lub prób samobójczych (Maciarz, 1998). Wielu badaczy zwraca uwagę na fazowy charakter reakcji rodziny, co wykazano w licznych badaniach empirycznych. Między innymi Weisman i Worden stwierdzili, że przystosowanie pacjentów onkologicznych przez początkowe miesiące po rozpoznaniu przechodziło 3 fazy: (1) reakcji inicjującej, kiedy to pojawiały się symptomy niewiary, zaprzeczania, oznaki desperacji, (2) dominacji silnych emocji: dysforia, lęk, depresja, jadłowstręt, bezsenność, zaburzenia koncentracji (zwykle 1–2 tygodnie), (3) adaptacji, w której pacjenci są gotowi na przyjęcie nowych informacji, szukają podstaw do optymizmu, podejmują na nowo przerwane aktywności. Podobnie ujmują tę kwestię Brett i Davis (za: Buczyński, 1999; Kowalczyk, Samardakiewicz, 1998).

Z badań wynika, że także rodziny chorych przewlekle przechodzą przez analogiczne do chorego etapy zmagania się z chorobą. De Barbaro (1997) wyróżnił także 3 fazy reagowania rodziny na przewlekłą chorobę jednego z jej członków: (1) fazę kryzysu, kiedy to „rodzina owija się wokół choroby”, rezygnuje z innych zadań i ról na rzecz chorego i zachowań

medycznych, (2) fazę przewlekłą, w której możliwe zachowania rodziny to m.in.: izolacja, poczucie utraty, brak satysfakcji, i (3) fazę zejścia, do której dochodzi bezpośrednio przed śmiercią chorego; polega ona na towarzyszeniu mu podczas umierania i na przeżywaniu żałoby przez członków rodziny.

Po rozpoznaniu przewlekłej choroby rodzina najczęściej reaguje w sposób bierny, przyjmując jedynie do wiadomości chorobę bliskiej osoby lub koncentrując się na wewnętrznym jej przeżywaniu. Z czasem, w miarę oswajania się z sytuacją trudną, podejmuje działania skierowanie bezpośrednio na zwalczanie stresora pierwotnego (choroby), w postaci stosowania się do zaleceń lekarskich, oraz na zwalczanie nakładających się na niego stresorów wtórnych przez poszukiwanie pomocy u innych osób czy w odpowiednich instytucjach.

Obszarem życia rodzinnego dość wrażliwym na długotrwałe działanie czynnika zagrożenia, jakim jest przewlekła choroba, okazują się role pełnione w rodzinie. Osoba chora, wraz z postępującą niesprawnością, wymaga od najbliższych coraz szerzej zakrojonej opieki, czasem nawet pomocy w wykonywaniu najprostszych codziennych czynności, takich jak przemieszczanie się, ubieranie, przygotowywanie posiłków, itp. Pojawiają się więc dodatkowe zadania, które rozdzielają między siebie zdrowi członkowie rodziny. Potencjalnie tkwi w tym jednak pewne zagrożenie, ponieważ zdrowy partner może odczuwać zbyt duże obciążenie, które przyczyni się do niezadowolenia z takiej sytuacji i sprowokuje go do przejawiania ambiwalentnych uczuć wobec chorego (Kawczyńska-Butrym, 2008; Radochoński, 1987). Z badań Radochońskiego (1987) wynika, że aktywność chorych w największym stopniu spada w zakresie obowiązków domowych i są one przejmowane przede wszystkim przez współmałżonka oraz najstarsze potomstwo. Reorganizację zadań wymusza również częsta lub długotrwała hospitalizacja. Negatywną tego konsekwencją jest postępująca izolacja chorego i wyłączanie go poza obręb rodziny, mimo jego formalnej przynależności do niej (Bohomolec, Namysłowska, Szyszkowski, 1978; Kawczyńska-Butrym, 2008). Spadek aktywności chorego ma także istotny wpływ na jego pozycję w rodzinie oraz na jego percepcję samego siebie; u wielu pacjentów utrata pozycji może wpływać negatywnie na samoocenę (Radochoński, 1987; Kawczyńska-Butrym, 2008).

Niezwykle poważnym problemem, z jakim borykają się członkowie rodziny z osobą chorą, są także zaburzenia w zakresie komunikacji oraz realne konflikty. Badania jednoznacznie wskazują na to, że każda wymuszona poważną chorobą zmiana w układzie ról może być źródłem konfliktów w rodzinie. Mogą one wynikać z przeciążenia oraz napiętej sytuacji spowodowanej chorobą i jej następstwami (Radochoński, 1987; Walden-Gałuszko de, 2000). Mogą także być spowodowane problemami natury psychologicznej, doświadczanymi przez chorego. Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec i Bajka (1999) przytaczają wyniki badań wskazujące na to, że w rodzinach ok. 20% chorych na raka krtani pojawiają się konflikty na tle ich problemów zdrowotnych i leczenia, obniżenia pozycji społecznej rodziny, pogorszenia sytuacji materialnej, zmiany podziału ról i trybu życia, bądź trudności z adaptacją do nowej sytuacji. Jak wykazuje Pecyna (1993), osoby chore opisują same siebie w kategoriach niezrównoważenia emocjonalnego. Mają one trudności z przystosowaniem, obniżone zaufanie do siebie, w wyniku czego nieustannie poszukują wsparcia ze strony zdrowych członków rodziny, co często ostatecznie prowadzi do uzależnienia się od nich. Jednocześnie ich celem jest dążenie do uniezależnienia. Owe sprzeczne tendencje bywają źródłem konfliktów. Problem w komunikacji wynikać może ponadto z nieszczerości względem siebie członków rodziny, bądź z traktowania tematu choroby jako tabu, kiedy to nie podejmuje się rozmów o chorobie lub prowadzi się je bez udziału chorego. Zakłócenia komunikacji najczęściej przyjmują postać przekazywania sobie wewnętrznie sprzecznych komunikatów, dyskwalifikowania partnera interakcji lub nieokazywania sobie empatii (Walden-Gałuszko de, 2000; Kozieł, Naszydłowska, Zdziebło, 2003; Pietrzyk, 2006). Podkreślić tu należy znaczenie otwartej komunikacji i jawnego mówienia o chorobie, co pozwala na wyrzucenie z siebie negatywnych emocji i postaw, daje możliwość ustalenia wspólnych zadań i celów oraz uświadomienia sobie różnic w postrzeganiu problemów, dzięki czemu możliwe staje się ich rozwiązanie (Radochoński, 1987).

Kolejny newralgiczny obszar przestrzeni rodzinnej to emocje i uczucia ujawniane wobec członków rodziny. Rodzina z osobą przewlekle chorą nie tylko doświadcza problemów związanych ze sprawowaniem opieki nad nią, ale jest to dla niej sytuacja trudna również pod względem emocjonalnym. Lęk wynikający z niepewności co do przyszłości rodziny i jej sytuacji

materialnej staje się także udziałem dzieci, szczególnie na początku choroby rodzica (Radochoński, 1987; Kozieł, Naszydłowska, Zdziebło, 2003). Okazało się, że zdrowi partnerzy z czasem nabierają skłonności do krytykowania i oskarżania chorych o niedogodności życiowe, nie akceptują zmian życia codziennego i ewentualnych zmian w obrazie ciała współmałżonka, unikają otwartych rozmów, przebywania sam na sam czy zbliżeń fizycznych, nawet z wyleczonym partnerem. Powoduje to wzrost napięcia i obustronne oddalanie się małżonków od siebie (Gapik, 1985; Walden-Gałuszko de, 2000). Również Pietrzyk, na podstawie badań małżeństw, w których jedno z małżonków było chore na raka, wykazała brak różnic między ocenami uczuć dokonywanymi przez chorego i jego partnera; u obojga pojawiają się uczucia negatywne. W tych samych badaniach okazało się także, że zdrowy partner skrywa negatywne uczucia, a chory dostrzega pozytywne uczucia swych najbliższych; zdrowy partner dostrzega też więcej negatywów w relacjach wewnątrzrodzinnych, chory natomiast relacjonuje brak zmian w relacjach. Jest to prawdopodobnie spowodowane nieujawnianiem choremu doznawanych przez partnera przeciążeń (na tyle skutecznym, iż chory jest przekonany o braku zmian w relacjach), albo też silnym oddziaływaniem mechanizmów obronnych osoby chorej, polegających na wyparciu (Wirshing, 1994; Pietrzyk, 2006). W każdym razie wyniki te świadczą o braku otwartości w zakresie wyrażania emocji i nie dają podstaw do rokowania dobrej jakości małżeńskiej w przyszłości.

Zmiany w rodzinie na skutek pojawiającej się choroby zaznaczają się w różnym stopniu zależnie od tego, którego z członków rodziny owa choroba dotyka. Zgodnie z badaniami Kawczyńskiej-Butrym (2008) należy przyjąć, że największe zmiany w zakresie wszelkich funkcji widoczne są, gdy choruje matka. Obserwuje się wówczas obniżenie realizacji funkcji emocjonalnej i kulturalnej. Pogarsza się poziom wykonywania prac domowych, czynności pielęgnacyjnych w stosunku do dzieci, dbałości o dietę, a więc wszystkich tych działań, które w tradycyjnym ujęciu rodziny przypisane są kobiecie. Jednocześnie choroba matki mobilizuje wszystkich w równym stopniu do wykonywania prac domowych, sprzyja zmniejszeniu konfliktów między małżonkami oraz umocnieniu więzi rodzinnych. W sytuacji, gdy choruje ojciec, najbardziej doskwiera ograniczenie środków finansowych, a także zanik życia kulturalno-towarzyskiego. Chory zajmuje

pozycję centralną w rodzinie, na nim skupia się uwaga pozostałych osób, przy jednoczesnym zmniejszeniu zainteresowania tym, co robią inni. Najmniejsze zmiany, zdaniem autorki, występują w przypadku choroby dziecka i często mają one charakter pozytywny. Obejmują wzrost intensywności czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, a także zmniejszenie konfliktów między rodzicami oraz większą liczbę wspólnych rozmów w rodzinie.

Nie wszystkie badania dają negatywny obraz zmian rodzinnych w sytuacji chronicznej choroby. Na przykład Kerr i współpracownicy (2004), badając małżeństwa za pomocą metod jakościowych, stwierdzili u 28% par pozytywną zmianę w komunikacji, u 20% pozytywną zmianę nastawienia do partnera, u ok. 17% wzrost wzajemnego zaufania. Małżonkowie dzielili się ze sobą przeżyciami, wspólnie rozwiązywali problemy, brali na siebie nowe obowiązki i wzajemnie dostarczali sobie wsparcia. Nie ma jednak informacji o zachowaniach w sytuacji konfliktowej – najprawdopodobniej dominuje tendencja do unikania jakichkolwiek różnic i konfliktów. A tymczasem, jak zgodnie utrzymują terapeuci rodzinni, dobry, zdrowy konflikt jest formą kontaktu. Jeżeli rodzina ma potrzebę produktywności, zaspokojenia emocjonalnego, indywidualności, odróżniania się i stymulacji, to ujawnienie istniejących odmienności (stanowisk, poglądów, preferencji) może tylko podnieść, a nie obniżyć, jakość porozumienia (Praszkier, 1992; Bradshaw, 1994; Kerr i in., 2004). Brak otwartej komunikacji może bowiem spowodować, że dolegliwości somatyczne i psychosomatyczne staną się specyficznym sposobem komunikacji w rodzinie (np. Barbaro de, 1997; Zubrzycka, 1993).

Zauważono także, iż negatywne zjawiska towarzyszące chorobie pojawiają się zwłaszcza w fazie leczenia. Wówczas u członków rodziny występuje kryzys egzystencjalny, lęk, depresja i przeciążenie. Ale jest to stan przejściowy, w czasie rekonwalescencji system wraca bowiem do poprzedniego funkcjonowania, powraca dawna spoistość rodziny, otwarta komunikacja i umiejętność rozwiązywania bieżących problemów (Pietrzyk, 2006).

1.3.2. Reakcje na poziomie procesów (ujęcie systemowe)

System rodzinny ma znaczny udział zarówno w przebiegu, jak i w rozwoju choroby oraz sam znajduje się pod jej wpływem (Radochoński, 1987; Ochojska, Radochoński, 1997). Systemowa analiza reakcji rodziny koncentruje się przede wszystkim na: jej integralności i spójności, homeostazie, granicach, kontroli, procesach morfostatycznych i morfogenetycznych (por. rozdz. 1, cz. I). Na podstawie wywiadu z ponad 100 rodzinami z osobą przewlekle chorą somatycznie, wzbogaconego o analizę genogramów wykazałem (Świętochowski, 2003), że w rodzinach tych wystąpiło ponad 200 reakcji, które można było zinterpretować jako zmiany o charakterze systemowym, takich jak zmiany dystansu między podsystemami w rodzinie, włączanie osób z nadsystemu (np. dalszych członków rodziny) itp. Średni wskaźnik zmian na rodzinę wyniósł 1,82. Większość autorów jest zdania, że każda choroba zwiększa napięcie emocjonalne w rodzinie i może pogorszyć jej funkcjonowanie (o czym była mowa w poprzednim podrozdziale). W badaniach za pomocą skali Family Assessment Device, opartej na modelu rodzinnym McMaster stwierdzono, że wysokiemu poziomowi przeżywanego w związku z chorobą stresu towarzyszy niska ocena funkcjonowania rodzinnego w niemal wszystkich wymiarach funkcjonowania rodziny (Campbell, Bray, Scholey, 1996). Badania przeprowadzone na rodzinach z osobą chorą onkologicznie wykazały u nich ogólnie niższe poczucie spójności (za: Foley, 1974).

Uważa się, że rodzina z osobą przewlekle chorą, szczególnie w fazie nasilenia objawów – dotyczy to różnych chorób przewlekłych, nie tylko raka – „owija się wokół choroby”. Polega to głównie na rezygnowaniu przez członków rodziny z wielu osobistych celów, zadań i ról na rzecz chorego i zachowań medycznych. Takie podporządkowanie potrzeb pozostałych członków rodziny potrzebom osoby chorej określa się jako zjawiska „dośrodkowe” (Steinglass i in., 1987). Wielu badaczy wykazało, że w sytuacji długotrwałej choroby granice wewnątrz rodziny zostają rozmyte, zacierają się, a granice zewnętrzne – usztywniają się. De Barbaro stwierdza, że tendencje dośrodkowe pojawiają się w przewlekłej fazie choroby i polegają na tym, iż potrzebom chorego są podporządkowywane potrzeby pozostałych członków rodziny; w sferze zachowań rodzina w tej fazie stosuje dotychczasowe metody, a gdy te okazują się nieefektywne,

dochodzi do zmiany struktury rodziny. Czasem też ujawniają się inne wzory zachowania: członkowie rodziny mogą zareagować wrogością i odrzuceniem chorego, zanurzyć się w posępność oraz wyrażać zwątpienie w sens leczenia. Tak się dzieje szczególnie w tych rodzinach, które wcześniej były skłócone lub utrzymywały tylko pozornie dobre stosunki (Barbaro de, 1997; Zubrzycka, 1993; Wirshing, 1994; Walden-Gałuszko de, 2000; Pietrzyk, 2006). Zwrócono także uwagę na fakt, iż owinięcie się rodziny wokół choroby może być destrukcyjne dla systemu przez to, że powstrzymuje go (a także poszczególne osoby) przed podejmowaniem kolejnych zadań rozwojowych, czego przykładem może być rezygnacja z macierzyństwa z powodu choroby członka rodziny (Pietrzyk, 2006). Ze względu na fakt, że chory staje się niezdolny do wywiązywania się z wcześniej pełnionych ról, muszą one zostać przypisane innym osobom. Dochodzi więc do zmiany podziału władzy oraz pozycji i autorytetu wewnątrz rodziny.

Wyniki badań i wnioski w kwestii wpływu choroby na rodzinę nie są jednak jednoznaczne. Wielu autorów wyraża przekonanie, że opieka nad chorym stanowi okazję do tego, aby członkowie rodziny zbliżyli się do siebie jeszcze bardziej niż dotychczas. W tym sensie choroba jest czynnikiem integrującym rodzinę (Barbaro de, 1997; Heszen-Niejodek, 2000). Zmaganie się z chorobą powoduje zwiększone zapotrzebowanie na doznawanie spójności i bliskości, które mogłyby przeciwdziałać niepewności, zagrożeniu i opuszczeniu. Okazało się, że w tych rodzinach, w których przed rozpoznaniem choroby więź była silna i głęboka, pod wpływem choroby jednego z jej członków zbliża się ona do siebie i wzajemnie wspiera. Może nawet dojść do rozmycia granic, co jednak byłoby już bliskie patologii (Walden-Gałuszko de, 2000; Wirsching, 1994, Pietrzyk, 2006).

Rodzina stara się zachować swą wewnętrzną równowagę przez strzeżenie swych granic i przeciwstawianie się zmianom, ale jednocześnie, by utrzymać swą tożsamość i trwałość, musi być zdolna do stopniowej zmiany swej organizacji i sposobu funkcjonowania, gdyż podlega ciągłemu rozwojowi. Choroba jest wydarzeniem nienormatywnym, co oznacza, że pojawia się nagle i niespodziewanie oraz z reguły nie jest akceptowana przez członków rodziny. Istnieje wzajemna zależność między chorobą jednego z członków rodziny a procesami w niej zachodzącymi. W sytuacji

choroby rodzina jest podstawowym środowiskiem, w którym przebywa chory, cała rodzina boryka się więc z jego chorobą. Tworzy fizyczną przestrzeń, warunki dla chorego i sytuacji chorowania, kontroluje przebieg choroby, obserwuje objawy, nadzoruje zachowania chorego, realizuje zalecenia profesjonalistów, jest łącznikiem między chorym a światem zewnętrznym, daje wsparcie socjalne i emocjonalne. Na sposób radzenia sobie przez pacjenta z chorobą znaczący wpływ ma najbliższe otoczenie, zwłaszcza partner życiowy (Taranowicz, 2002).

Choroba przewlekła może pełnić rolę stabilizatora systemu, przywracając zagrożoną homeostazę. Wpisuje się więc w ciąg takich zachowań (na pozór patologicznych, jak: uzależnienie, problemy wychowawcze, choroby psychiczne), które w sposób paradoksalny mogą pomagać rodzinie w przywróceniu utraconej równowagi przez zbliżenie do siebie jej członków (wzrost spójności, utrzymanie rodzinnej tożsamości, regulacje granic podsystemów itp.).

Zachowania chorobowe mogą być wykorzystywane jako pretekst do szukania pomocy lekarskiej w zwalczaniu skutków samotności lub zaburzeń emocjonalnych. Podobny mechanizm zauważono u osób wykorzystujących objawy fizyczne w celu ściągnięcia na siebie uwagi lub zyskania współczucia innych. Choroba może także służyć jako środek w radzeniu sobie z kłopotami natury społecznej. Osoba postrzegana jako chora i odgrywająca rolę chorego jest z reguły zwalniana z wykonywania codziennych obowiązków; wówczas zachowanie chorobowe jest wzmacniane przez uboczne zyski płynące z faktu bycia chorym (Mechanic, 1976).

Reakcje systemu rodzinnego na przewlekłą chorobę członka rodziny są silne, chociaż badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jaki wywierają one wpływ na ten system. Pewne jest to, że reakcje rodziny zmierzają do utrzymania stanu bieżącej równowagi, który daje poczucie względnego bezpieczeństwa. Rodzina obawia się bowiem, że nawet najmniejsza zmiana wzorca codziennego funkcjonowania i strategii może wzmocnić poczucie niepewności i doprowadzić do dodatkowych obciążeń wewnętrznych. Odpowiedzią rodziny są więc takie zachowania, o których była już wcześniej mowa: ograniczanie komunikacji, negowanie konfliktów i tłumienie uczuć. Z punktu widzenia systemowego ich zadaniem jest ochrona rodziny przed nadmiernym stresem. Mogą one prowadzić m.in. do

nadmiernej kontroli osoby chorej – decydowania za nią, wydawania jej poleceń, stosowania zakazów itp. (Barbaro de, 1997).

Złożoność i nienormatywność sytuacji powoduje, że rodzina doświadcza problemów o charakterze **instrumentalnym**, **interpersonalnym**, **egzystencjalnym** oraz **intelektualnym**. Trudności odbijają się na funkcjonowaniu całej rodziny, zarówno chorego – czyli pacjenta pierwszego rzędu, jak i reszty rodziny – pacjenta drugiego rzędu (Radochoński, 1987; Pietrzyk, 2006). Ale działanie każdego systemu, w tym rodziny, polega na nieustannym dążeniu do utrzymania równowagi lub do przywrócenia równowagi utraconej. W tym celu rodziny mogą stosować różnorodne strategie. Niektóre z nich, rozpatrywane na poziomie behawioralnym, mogą nosić cechy patologii. Na przykład taki charakter mają uzależnienia czy nieprzystosowawcze zachowania u dzieci i młodzieży. Podobną rolę może odgrywać przewlekła choroba.

RAMKA 1.1

Tomasz ma 14 lat, jest uczniem gimnazjum. Mieszka tylko z matką, jego ojciec opuścił żonę i syna przed kilku laty. Tomek był „oczkiem w głowie" matki, która poświęcała mu cały swój czas. Ostatnio jednak straciła pracę i żeby utrzymać siebie i syna zaczęła podejmować różne prace dorywcze, które zabierają jej wiele czasu. Uznała, że może to zrobić, bo syn jest już dużym chłopcem i na pewno rozumie sytuację. Tomek na pozór przyjął to ze zrozumieniem, ale w gruncie rzeczy poczuł się osamotniony i coraz więcej czasu spędzał poza domem. Opuścił się w nauce. Pewnego dnia z kieszeni jego kurtki, rzuconej niedbale na krzesło, wypadły dziwne papierosy, wyglądające na skręty. Matka dowiedziała się od jednego z kolegów Tomka, że jej syn popala już od pewnego czasu, i że nie są to wcale papierosy, tylko skręty z marihuany. Przerażona perspektywą, że jej syn zostanie narkomanem i zupełnie się „stoczy", zaczęła chodzić z nim do psychologa, psychiatry a także śledzić go na mieście. Znowu, tak jak dawniej, spędzała z chłopcem dużo czasu, zaniedbując swoje zajęcia. Chociaż mieli teraz mniej pieniędzy, chłopiec wydawał się zadowolony, bo w gruncie rzeczy był z matką silnie związany i wcale nie lubił wychodzić z domu.

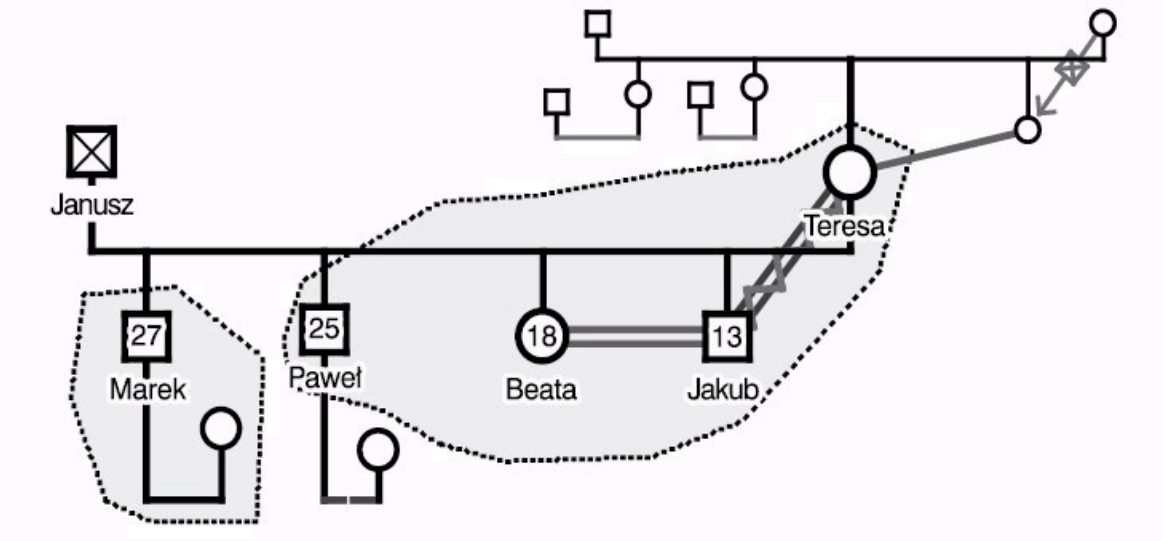
Okazuje się więc, że w określonych sytuacjach choroba pełni swoistą, homeostatyczną rolę. Przedstawię teraz kilka przypadków pokazujących, w jaki sposób rodzina „wykorzystuje" przewlekłą chorobę, jako czynnik

regulujący proces rodzinny. Wykorzystam przypadki historii rodzinnych, które należy traktować tutaj jako ilustrację istoty procesu. Zostały one sporządzone na podstawie wywiadów z wybranymi członkami rodzin na temat okoliczności towarzyszących chorobie i zmian sytuacji rodzinnej w różnych okresach trwania choroby. W trakcie wywiadów starano się nie poruszać zagadnień, których ocena jest wybitnie subiektywna, jak np. relacje emocjonalne między członkami rodziny. Zuboża to niewątpliwie materiał badawczy, ale jednocześnie obiektywizuje uzyskane informacje, pozwalając, jak mniemam, mimo wszystko uchwycić istotę sprawy. Jednocześnie, dzięki komentarzom i omówieniom poszczególnych sytuacji, uważny czytelnik będzie miał możliwość zapoznania się z metodą genogramu, co – miejmy nadzieję – będzie stanowiło zachętę do bardziej dogłębnych i systematycznych studiów nad tą metodą terapeutyczno-badawczą.

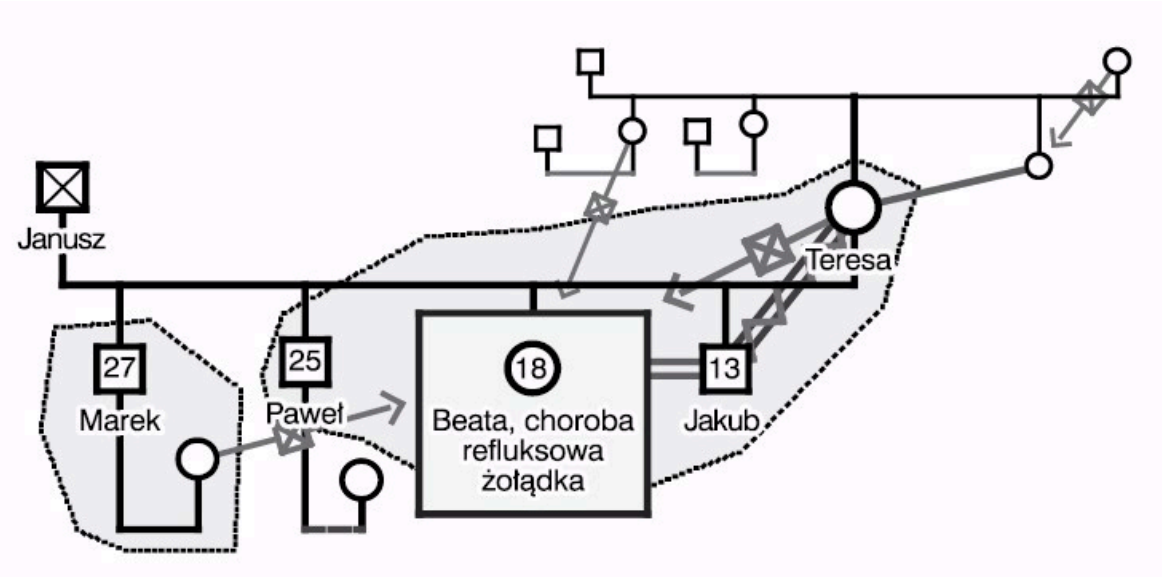
BLOK ROZSZERZAJĄCY 6.1

Przypadek pierwszy: „Nie chcę być dorosła!”

Beata w dzieciństwie utraciła ukochanego ojca. Miała jednak starsze rodzeństwo, które opiekowało się nią, i młodszego braciszka, z którym była bardzo związana emocjonalnie. Obecnie ma 18 lat, a wobec odejścia starszego rodzeństwa z domu, to ona, jako teraz najstarsza, powinna zaopiekować się matką i młodszym bratem.



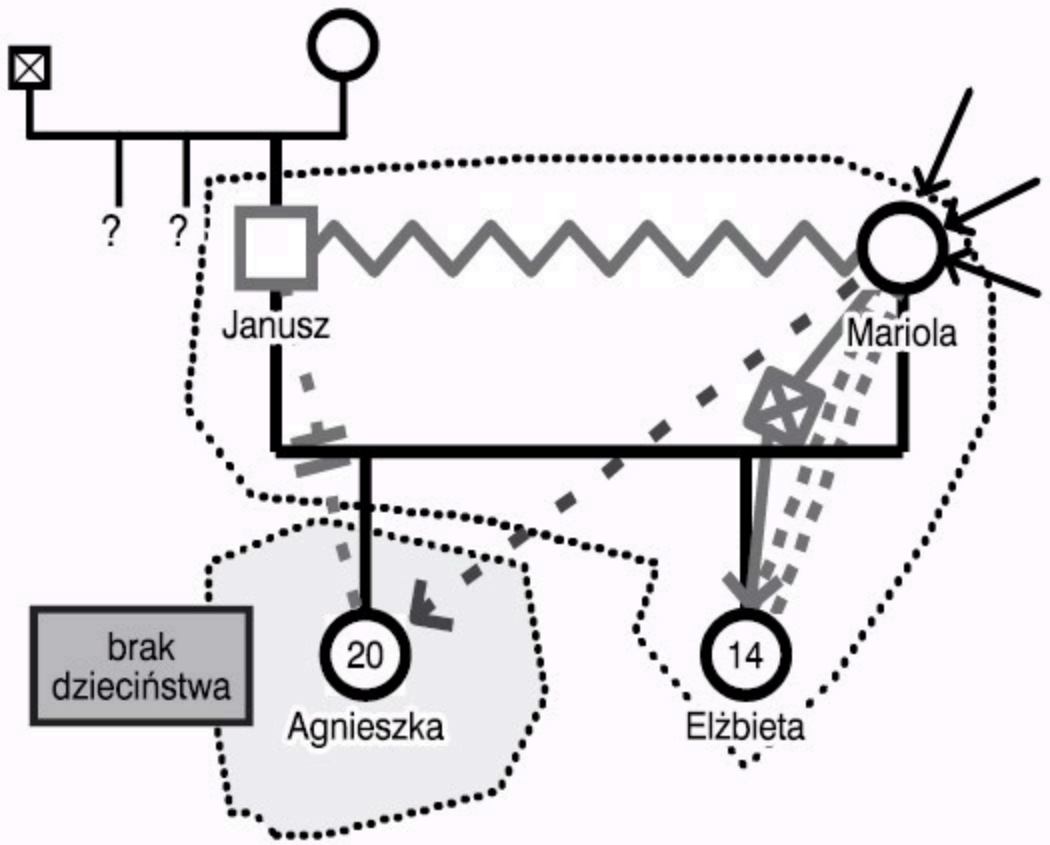
Beata wybiera pozostanie dzieckiem, nawet za cenę dominowania innych nad nią. Choroba jest dobrą okazją, aby zachować status dziecka (w rodzinie matki było wiele chorób układu pokarmowego).



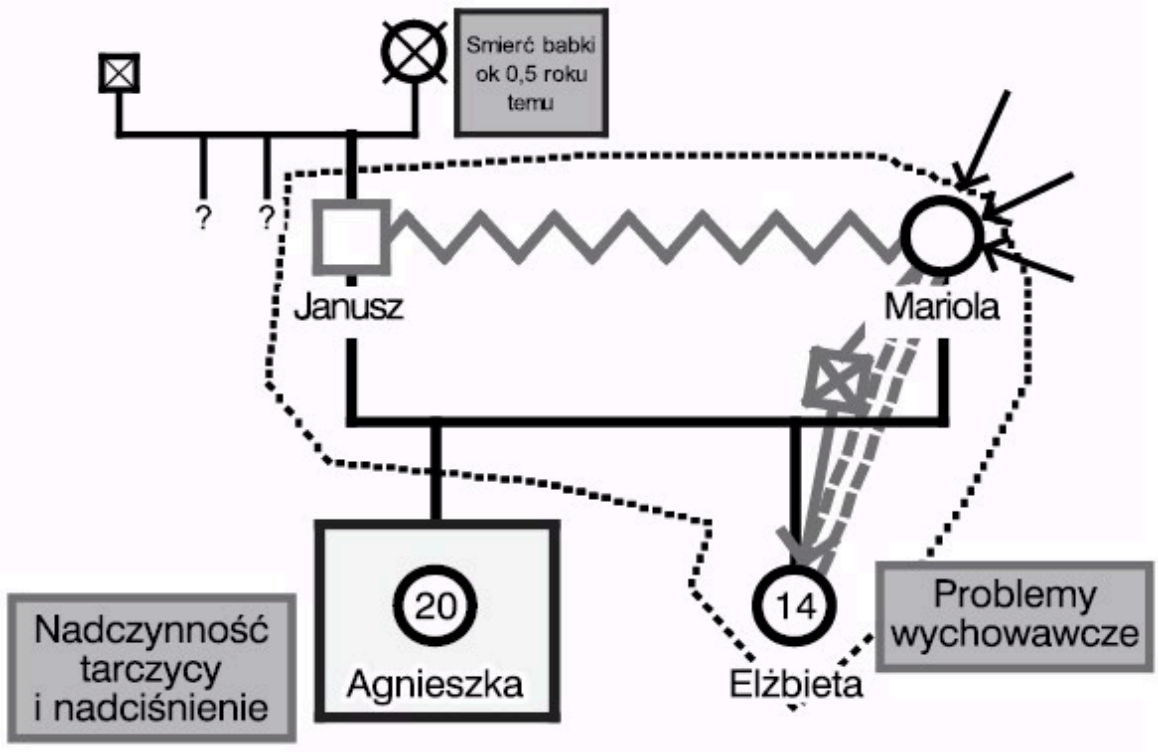
Komentarz: W omawianym przypadku choroba Beaty uruchamia mechanizmy morfostatyczne w rodzinie, zapobiegając osiągnięciu przez nią statusu osoby dorosłej, a tym samym – współodpowiedzialnej za młodszego brata.

Przypadek drugi: „Reakcja adekwatna do wieku"

Negatywne relacje córek z rodzicami. Starsza, Agnieszka jest zaniedbana emocjonalnie i odrzucana, młodsza – kontrolowana przez matkę, która pozostaje z nią w relacji naduwikłania.



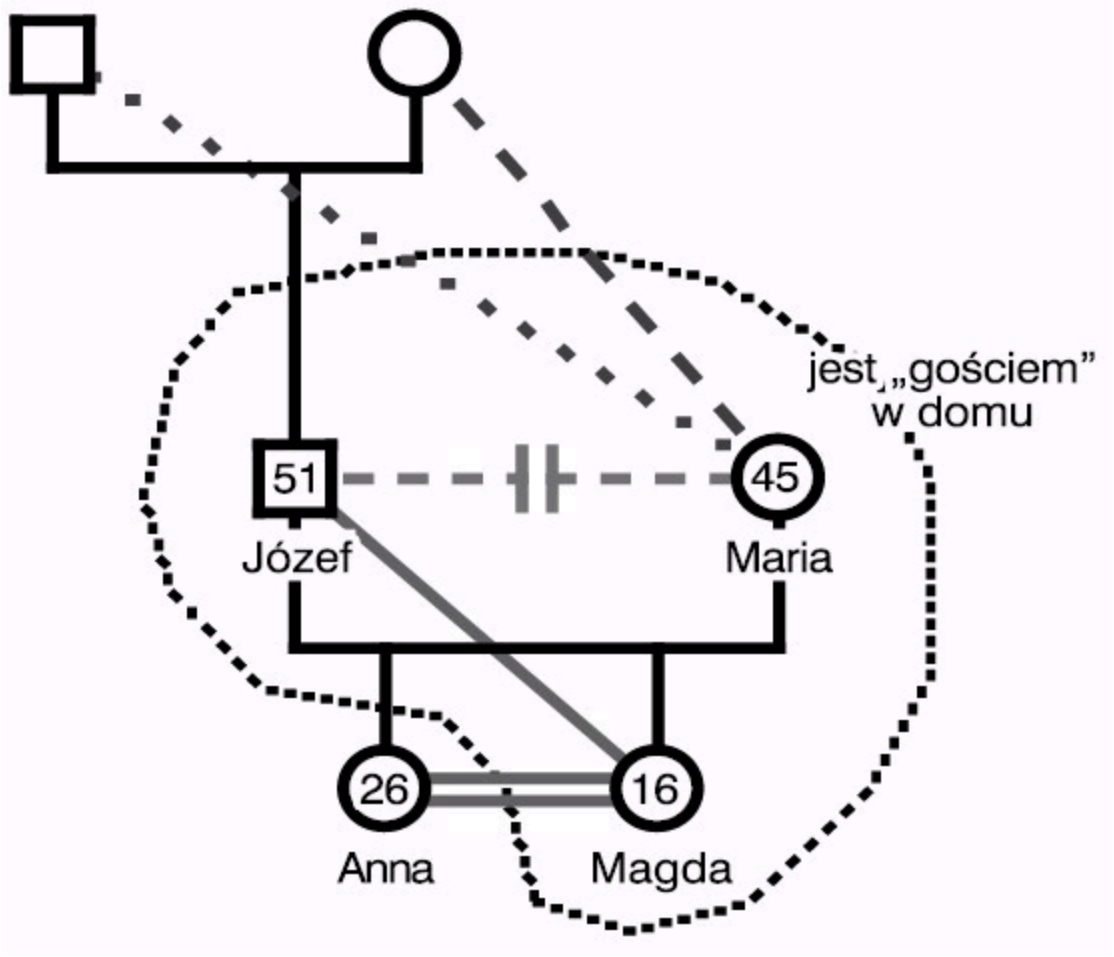
Córki reagują w sposób adekwatny do swojego wieku: młodsza zaczyna sprawiać kłopoty wychowawcze, starsza – choruje.



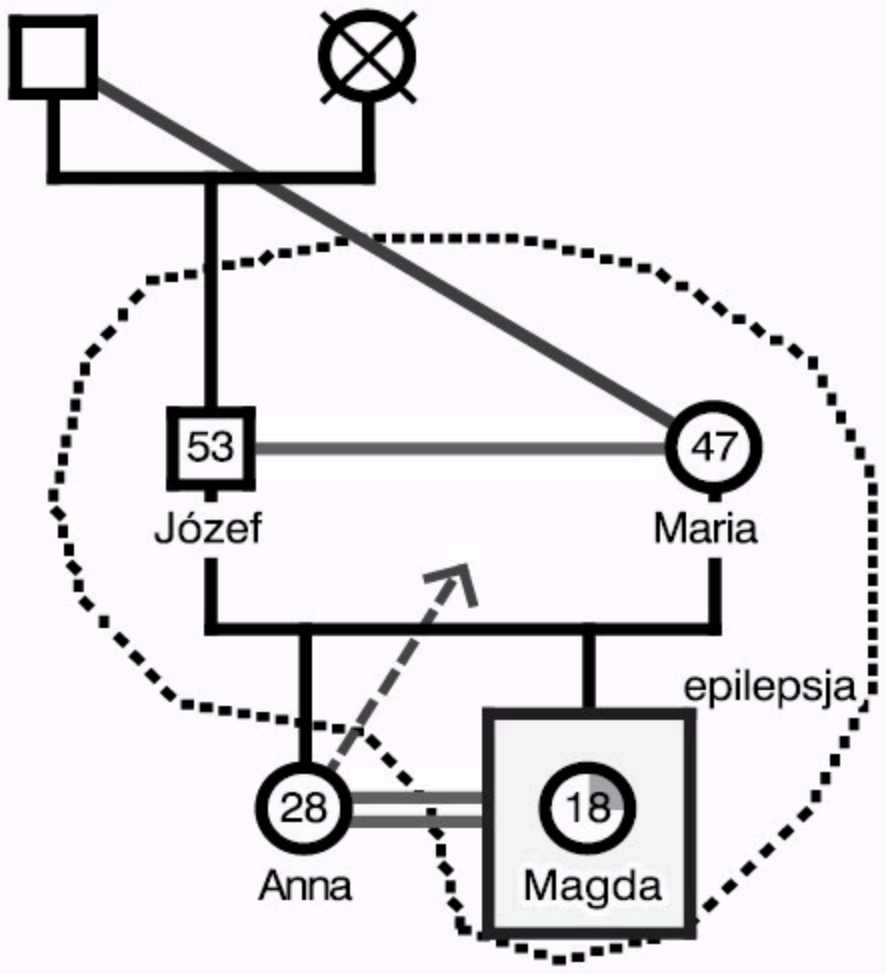
Komentarz: Córki, Agnieszka i Elżbieta, adekwatnie do swojego wieku (starszej nie „wypada" sprawiać trudności wychowawczych, młodsza jest „zbyt młoda", aby chorować), skierowują uwagę zajętych sobą i swoimi konfliktami rodziców na podsystem dzieci.

Przypadek trzeci: „Opuszczona"

Anna i Magda to córki małżeństwa w średnim wieku, które przeżywa kryzys. Między dziewczynami istnieje 10-letnia różnica wieku, co nie przeszkodziło im w wielkiej przyjaźni i zażyłości. Anna była dla Magdy wzorcem, autorytetem i przyjaciółką, szczególnie wtedy, gdy małżeństwo rodziców przeżywało gorszy okres.



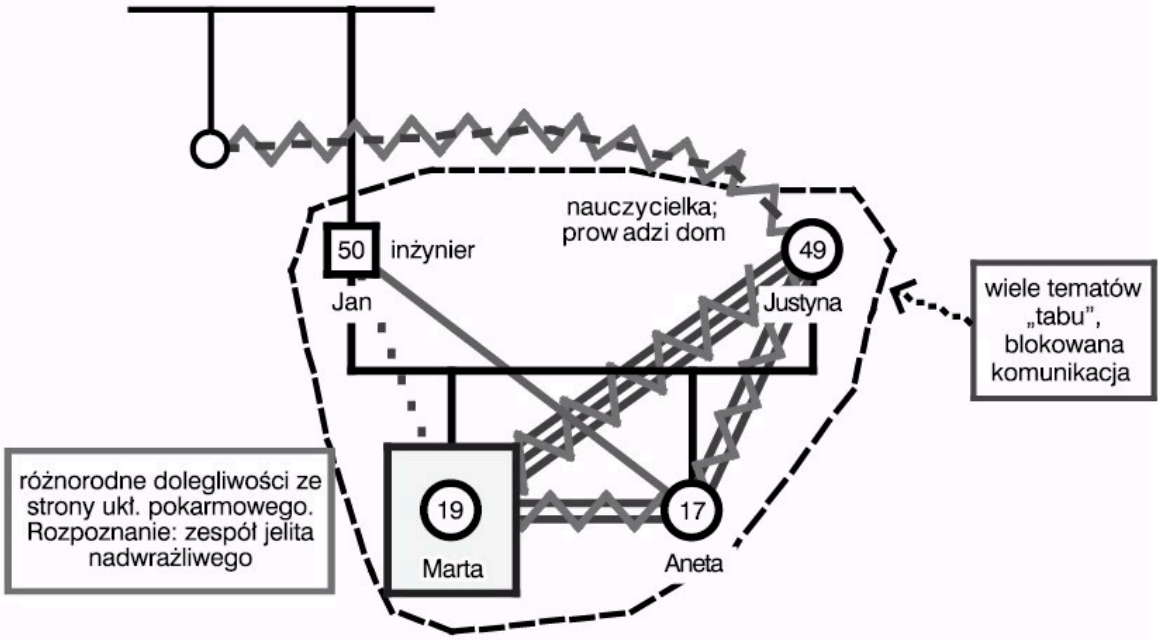
W ostatnim czasie jednak 26-letnia Anna wyprowadziła się z domu i kontakty sióstr bardzo się rozluźniły. Magda poczuła się osamotniona, a uczucie to pogłębia rozdźwięk między rodzicami. W tej sytuacji u Magdy pojawiają się objawy, które zostały wstępnie zdiagnozowane jako epilepsja. Konieczność opieki nad córką zbliża do siebie rodziców, a i Anna okazuje swoją pomoc. Choroba pozwoliła na ponowną integrację rodziny (zapewne doraźną, bo powrót Anny do domu jest problematyczny, a kryzys w małżeństwie rodziców trwa od dawna i nie zanosi sie na jego zkończenie).



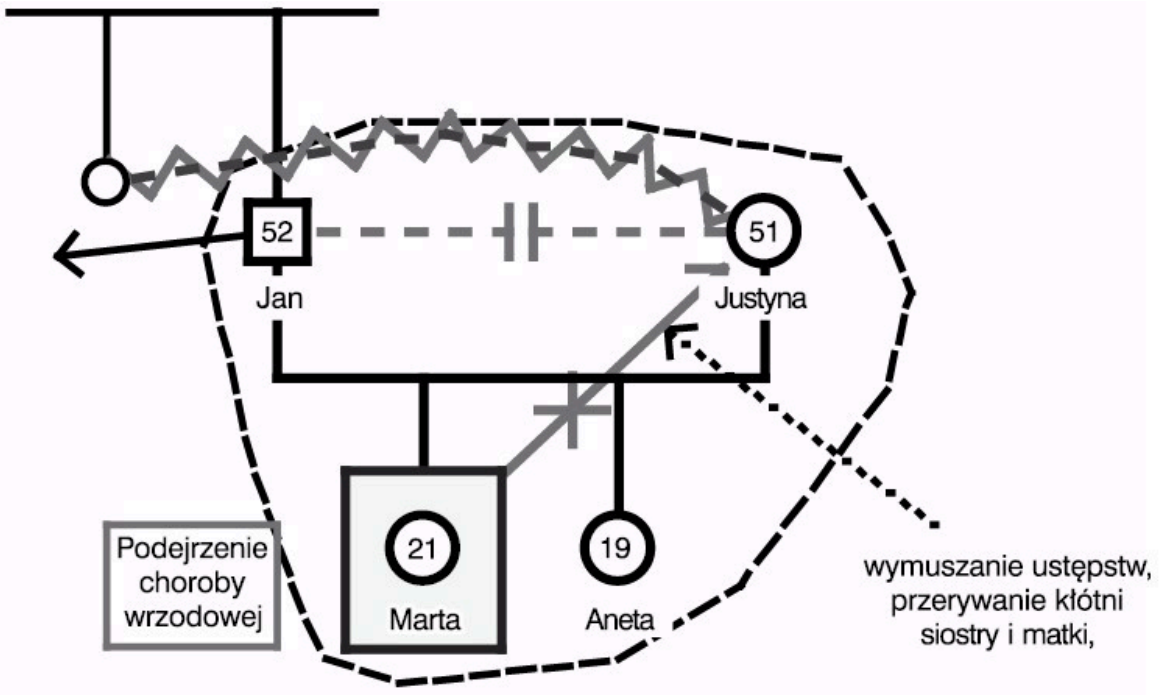
Komentarz: Opuszczona przez siostrę Magda uruchamia mechanizm morfostatyczny (za pomocą choroby), aby przywrócić sytuację, w której czuła się szczęśliwa i bezpieczna.

Przypadek czwarty: „Dam sobie z wami radę”

W rodzinie Justyny i Jana żona jest osobą zdecydowanie dominującą, usiłuje twardą ręką wychowywać córki, z którymi jest skonfliktowana. Również między dziewczynkami istnieje wroga relacja. U starszej córki rozpoznano zespół nadwrażliwego jelita. Ojciec stara się unikać wchodzenia w sytuacje konfliktowe, zachowując bardzo dobre relacje z młodszą córką.



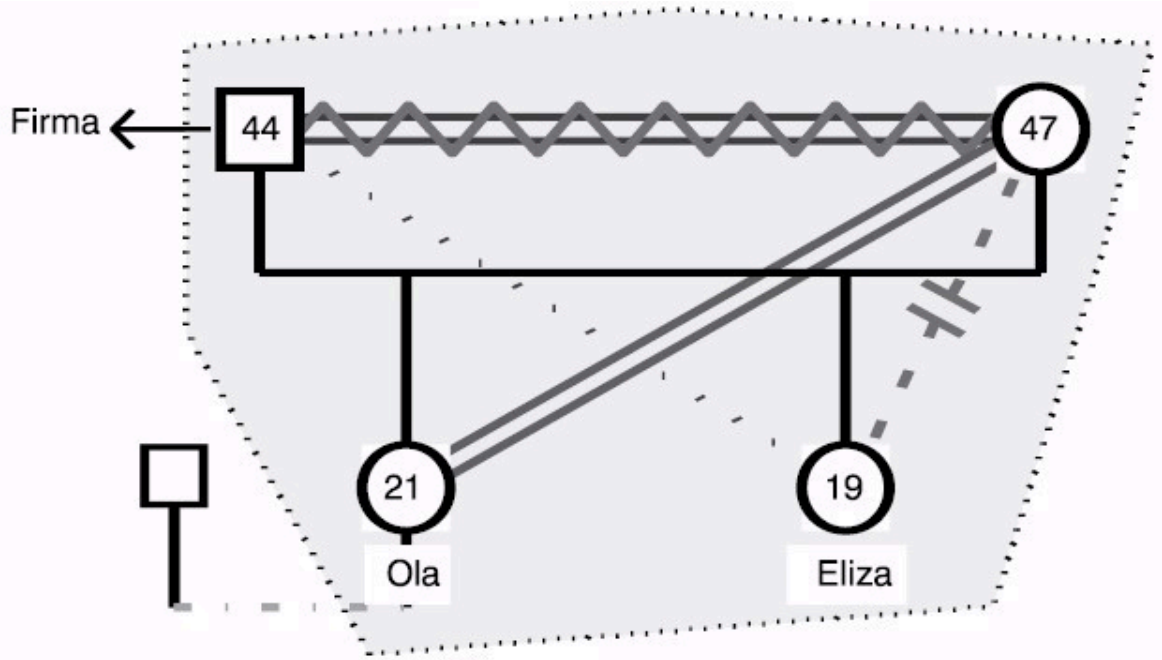
Objawy Marty się pogłębiają, lekarze podejrzewają chorobę wrzodową. Ojciec wycofuje się niemal zupełnie, oskarżając żonę o spowodowanie choroby córki i poświęcając się sprawom zawodowym, a Justyna zaczyna na swój sposób (kontrolno-nakazowy) opiekować się Martą. Ma jednak w pamięci zarzuty męża i stara się być ostrożna, dzięki czemu Marta zyskuje pewną możliwość kontrolowana sytuacji w rodzinie.



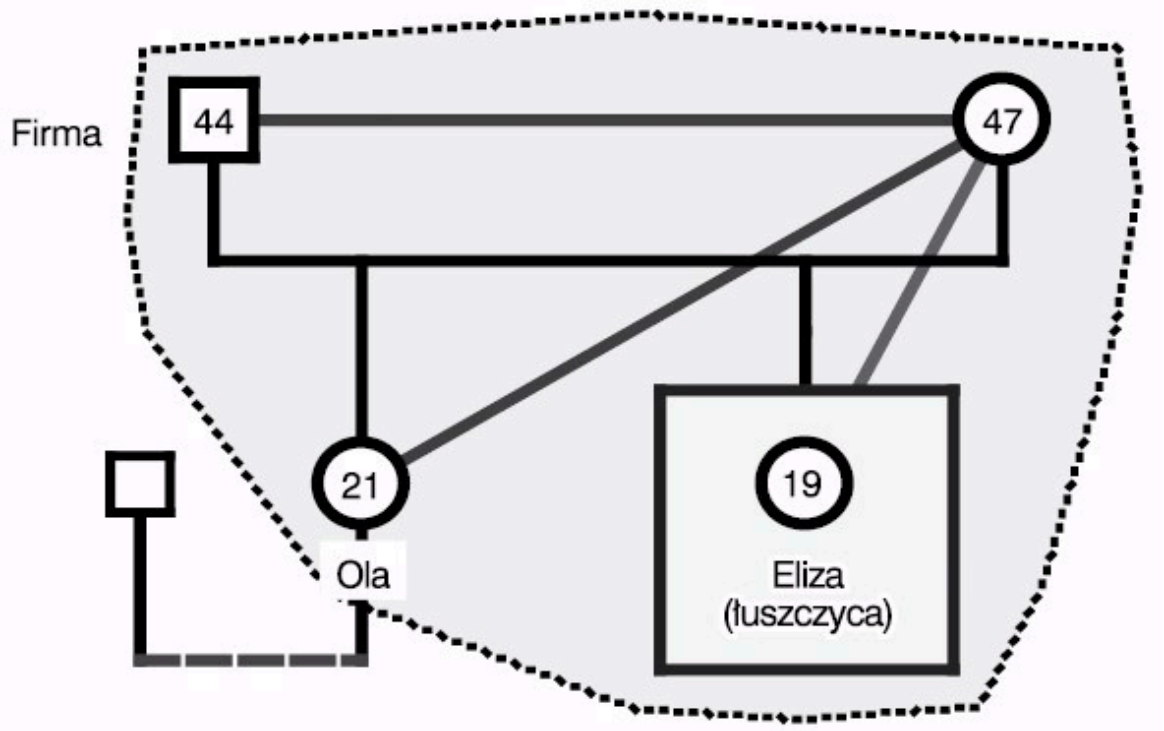
Komentarz: Mamy tu do czynienia z mechanizmem odwrotnym niż w przypadku poprzednim: za pomocą swojej choroby Marta walczy z matką o większą autonomię, odpowiednią do jej wieku.

Przypadek piąty: „Stabilizator systemu”

Małżeństwo, w którym żona jest o 3 lata starsza od męża, jest mocno skonfliktowane. Żona jest blisko związana ze starszą córką, która jednak właśnie się zaręczyła i zapewne opuści dom rodzinny, natomiast istnieje wyraźny rozdźwięk między matką a młodszą córką.



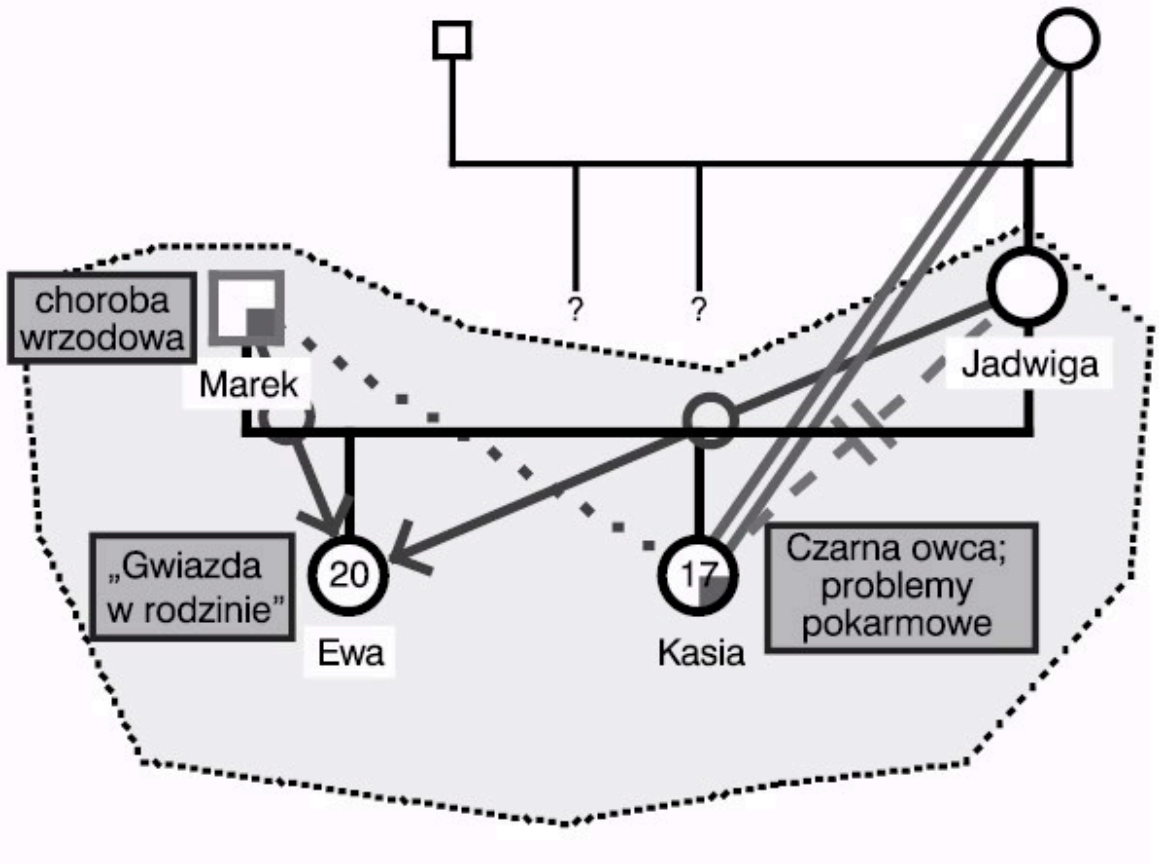
Eliza, młodsza córka w tym momencie zapada na łuszczycę. Następstwem choroby jest poprawa relacji w rodzinie: Eliza „odzyskuje” matkę, a rodzice – częściowo – swój związek.



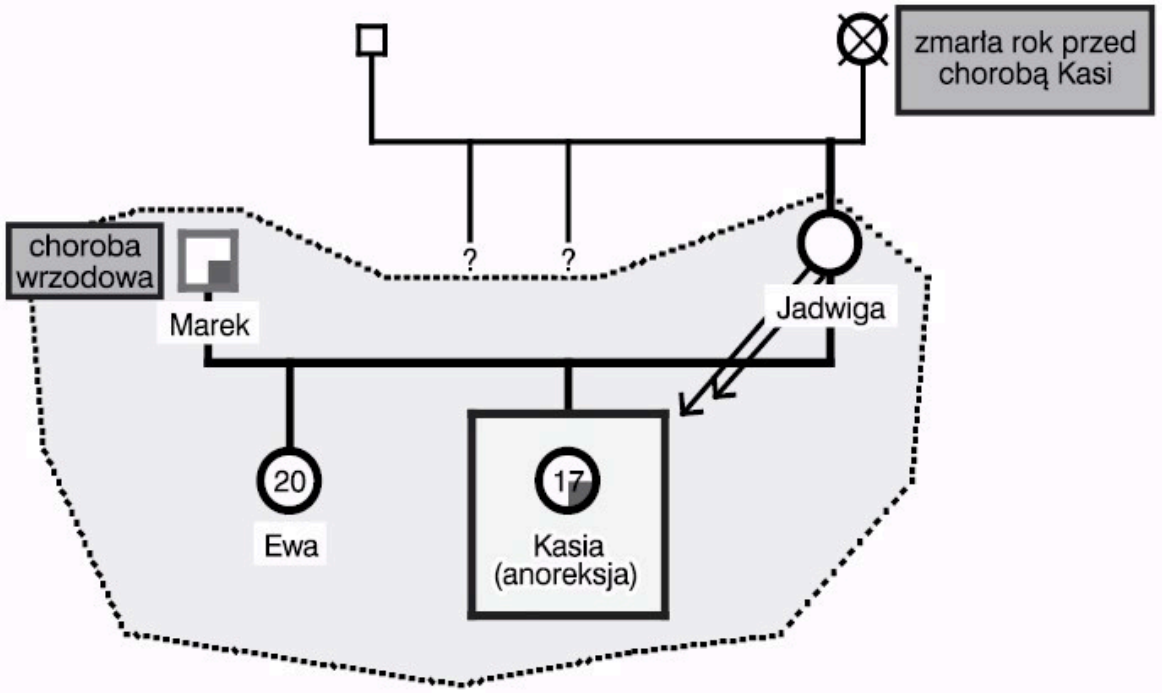
Komentarz: W przypadku piątym mamy do czynienia z próbą ratowania rodziny i przywrócenia utraconego status quo przez chorującą psychosomatycznie młodszą córkę; to kolejny przykład działania mechanizmu morfostatycznego.

Przypadek szósty: „Czarna owca"

Małżeństwo Jadwigi i Marka ma dwie córki. Starsza, Ewa pełni rolę rodzinnej maskotki i „gwiazdy" (najlepsza uczennica itp.). Młodsza, Kasia, nie mogąc pochwalić się takimi sukcesami jak siostra, wzięła na siebie rolę „czarnej owcy", przez co jest zdecydowanie odrzucana przez rodziców. Wsparciem dla Kasi stała się babcia, co pozwoliło utrzymać równowagę między siostrami w systemie.



Śmierć babci powoduje, że Kasia zostaje sama z niechęcią rodziców i obojętnością starszej siostry. W tej sytuacji zaczyna chorować na anoreksję, co sprawia, że stosunek matki do niej zdecydowanie się zmienia (Kasia dostaje swoją porcje „głasków”).



Komentarz: Chorobę Kasi można traktować jako próbę radzenia sobie z żałobą po utracie babci, która zapewniała jej bezpieczeństwo i poczucie dobrostanu.

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione przypadki ilustrują wspomniane wcześniej mechanizmy działające w sytuacji chronicznej choroby dziecka (lub młodego dorosłego). Podobne strategie można zauważyć w systemach rodzinnych, w których choroba dotyka osobę dorosłą. Opisane przypadki nie wyczerpują, rzecz jasna, wszystkich możliwych do zastosowania przez rodzinę posunięć – ich zadaniem było tylko zilustrowanie ogólnego mechanizmu.

1.4. Adaptacja do kryzysu: jak problemy pomagają w adaptacji

Przewlekła choroba jest bez wątpienia sytuacją obciążającą mechanizmy regulacyjne rodziny i niekiedy wymusza konieczność zmiany całego systemu. Ważną cechą zmagania się rodziny z chorobą jest zdolność

przystosowawcza rodziny, czyli jej gotowość do zmian. Jednakże każda zmiana może wzmocnić poczucie niepewności i doprowadzić do dodatkowych obciążeń wewnątrzrodzinnych (Wirshing, 1994). A tymczasem wszystkie siły rodziny są podporządkowanie utrzymaniu równowagi.

Wyniki badań i studiów nie dają jednoznacznego obrazu reakcji rodziny na przewlekłą chorobę somatyczną. Ostatecznym celem zmian zachodzących w rodzinie pod wpływem przewlekłej choroby somatycznej powinna być, rzecz jasna, prawidłowa adaptacja do nowo powstałej sytuacji. Według Buczyńskiego w dobrze zaadaptowanym systemie rodzice i inni członkowie rodziny są w stanie otwarcie rozmawiać o chorobie i o tym, jak ona wpływa na ich życie; osoby chore i ich opiekunowie motywowani są do tego, aby powrócić do zajęć sprzed choroby (pracy, szkoły), prowadzone jest normalne życie rodzinne, robione są plany na przyszłość, członkowie rodziny są zdolni do asystowania choremu w jego trudnościach, nie mają zahamowań przed zwróceniem się o pomoc do lekarzy lub innych osób (Buczyński, 1999). Buczyński charakteryzuje więc zaadaptowane rodziny przez konkretne stany „końcowe". Ujmując rzecz systemowo, można powiedzieć, że prawidłową rodzinę powinny charakteryzować:

- elastyczna struktura, wyrażająca się gotowością do przyjmowania nowych ról rodzinnych;
- wysoki autorytet rodziców i wyraźne granice między pokoleniami;
- warunki do indywidualnego rozwoju wszystkich członków rodziny przy zachowaniu bliskiej więzi emocjonalnej;
- otwartość myśli i uczuć, spontaniczność, szanowanie różnic i subiektywnego świata innych oraz humor;
- wyraźna i pełna komunikacja (Goldenberg, Goldenberg, 2006; Walsh, 1982; Barbaro de, 1997).

Ogólnie można powiedzieć, że system rodzinny zmaga się pomyślnie z chorobą, gdy:

- rodzina pozostaje integralną całością;
- członkowie rodziny w pełni akceptują osobę chorą;
- współżycie diady małżeńskiej (także seksualne) układa się normalnie;

- członkowie rodziny poinformowani są o sytuacji w sposób dostosowany do ich wieku i poziomu rozwoju;
- rodzina przechodzi pomyślnie przez kolejne fazy tego procesu;
- członkowie rodziny wyrażają zadowolenie z zachowania się osoby chorej, tj. głównie przestrzegania przez nią zaleceń lekarskich;
- rodzina wykazuje chęć do współpracy z innymi rodzinami przeżywającymi podobne problemy.

1.5. Dlaczego przewlekła choroba jest przewlekła

Przez cały okres trwania choroby towarzyszą jej emocje o różnej intensywności i treści. Powszechnie występują: lęk, niepokój, poczucie zagrożenia i nadzieja. Zauważono jednak, że w sytuacji stresowej wzrost emocji negatywnych czasami przebiega jednocześnie ze wzrostem emocji pozytywnych (Heszen, Sęk, 2008). Każda choroba, zwłaszcza przewlekła, oprócz strat może więc pociągać za sobą również pewne korzyści, nie tylko emocjonalne.

Wielu autorów wyraża pogląd, że rodzina może wyzwalać niektóre choroby, a w przypadku innych – podtrzymywać ich istnienie. Jak twierdzi Praszkier, „system rodzinny zwrotnie oddziałuje na chorobę, co może się wyrażać przez stwarzanie warunków sprzyjających jej pojawieniu się albo też przez podtrzymywanie jej trwania” (1992, s. 62). W przypadku przedłużania się chorowania jednego z jej członków, rodzina musi nauczyć się funkcjonowania z chorobą i zaadaptować się do nowych okoliczności życiowych. Patoplastyczną rolę rodziny znacznie trudniej wykazać niż rolę patogenetyczną. Najczęściej bowiem, mając do czynienia z jakąkolwiek patologią, pytamy o źródła, czyli szukamy jej przyczyn. Istnieje wiele koncepcji rodzinnych uwarunkowań chorób, głównie chorób psychicznych i psychosomatycznych, ale przy dzisiejszym stanie wiedzy nie potrafimy jeszcze wyjaśnić, a często nawet dostrzec, podobnych zależności, w przypadku wiekszości chorób somatycznych (choroby neurologiczne, gastrologiczne czy pneumonologiczne).

Sporo wiemy o patoplastycznym wpływie diagnozy lekarskiej, a szczególnie o tzw. błędach jatrogennych. Nie tylko same objawy chorobowe wyzwalają niekorzystne reakcje chorego lub członków jego rodziny, ale podobną rolę mogą odgrywać również pełne troski przekazy od lekarzy, w wyniku których rodzina staje się nadmiernie opiekuńcza. Informacje wskazujące na pogarszanie się stanu chorego, na brak poprawy – przekazywane często pacjentowi bezwiednie przez lekarza (np. w formie niewerbalnej) – mogą potęgować poczucie choroby, pogłębiać negatywne emocje i w konsekwencji, pogarszać stan zdrowia (Jarosz, 1978). Wyłączenie się z czynnego życia pod presją zewnętrzną (np. na skutek troskliwej ochrony przez otoczenie), poważne zaburzenia stanu psychicznego (m.in. zespoły nerwicowe, hipochondryczne), koncentrują uwagę pacjenta i otoczenia na stanie jego zdrowia, przedłużając chorowanie, i tym samym powstrzymując zdrowienie. Rodzina może więc nie tylko stanowić jeden z czynników sprzyjających chorobie, ale także może utrudniać pacjentowi powrót do zdrowia przez niewłaściwy do niego stosunek.

Atmosfera rodzinna zdaje się mieć ogromny wpływ na częstotliwość nawrotów choroby oraz na stopień przystosowania się do nowych warunków wśród przewlekle chorych. Istnieją badania wskazujące na to, iż stawianie im dużych oczekiwań bywa mobilizujące i sprzyja reaktywacji społecznej, ale jednocześnie niska tolerancja przyczynia się do częstszych nawrotów choroby pociągających za sobą hospitalizację. Szczególnie częstym problemem rodzin jest nadmierna opiekuńczość, przejawiająca się w tendencji do usuwania z drogi choremu wszelkich trudności, a nawet w podejmowaniu za niego wszelkich decyzji, bez pozostawiania mu swobody samodzielnego wyboru. Powoduje ona to, że chory nie ma szans w pełni sprawdzić się w nowej sytuacji i osiągać satysfakcji z własnej aktywności. Pozbawiony zostaje nie tylko możliwości podejmowania decyzji i samodzielnego działania, ale nawet ponoszenia konsekwencji tego, co robi. Jest to oczywiście dla niego bardzo wygodne, gdyż nie wymaga wysiłku, dlatego często się temu poddaje. W dłuższej perspektywie sytuacja taka nie jest jednak korzystna. Brak samodzielności i aktywności sprzyja inwalidyzacji chorego, prowadzi do jego nadmiernej zależności, bezradności i stanowi najkrótszą drogę do wejścia w rolę chorego. Szczególnie narażone są na to osoby borykające się z chorobą psychiczną

(Jankowski, 1975; Barbaro de, Ostoja-Zawadzka, Cechnicki, 2005). Patoplastycznie mogą więc działać zarówno zachowania pozytywne (teoretycznie korzystne), jak i zachowania wrogie i niechętne. Ale jedne i drugie na swój sposób podtrzymują chorobę. Rodziny chorego często borykają się z problemem nadmiernego uwikłania uczuciowego. Mamy wówczas do czynienia z sytuacją, kiedy naturalna bliskość emocjonalna, dająca poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, urasta do rangi wzajemnej zależności osób uwikłanych. Gdy jeden z członków rodziny doświadcza jakiegokolwiek problemu, pojawia się u niego zapotrzebowanie na pocieszenie, dowody oddania i uczucia innych, które zwykle otrzymuje. Gdy jednak szczególna więź, jaka zawiązuje się między chorym a osobą odpowiadającą na jego potrzeby, zaczyna zastępować związki z innymi członkami rodziny, powodując, że przestają one być ważne, pojawia się problem. Toksyczność takiej więzi objawia się reakcjami smutku lub nadmiernego niepokoju na próby podejmowania przez chorego samodzielnych kroków, co w efekcie utrudnia rozwój, a nawet może doprowadzić do jego całkowitego zahamowania u każdej z uwikłanych wzajemnie osób (Barbaro de, Ostoja-Zawadzka, Cechnicki, 2005).

Istnieje też pojęcie „zapotrzebowania rodziny na chorobę", która stanowić ma element podtrzymujący zachwianą homeostazę. Często choroba stanowi pretekst do utrzymania dotychczasowej struktury systemu, przyczyniając się do opóźnienia lub odłożenia w mało sprecyzowaną przyszłość momentu wyprowadzenia się dzieci z domu, a tym samym chroniąc rodziców przed wejściem w fazę „pustego gniazda" (Świętochowski, 2003).

Rolę stabilizatora systemu, podobnie jak choroba psychosomatyczna dziecka, może pełnić choroba somatyczna lub uzależnienie dorosłego członka rodziny. Rogala-Obłękowska (1999) przytacza badania Kirshenbauma, Leonoff i Maliano, którzy stwierdzili, że narkoman, koncentrując na sobie uwagę, zapobiega ujawnieniu się ukrytego konfliktu wewnątrzrodzinnego.

Zauważono, że równie niekorzystnie, jak uwikłanie uczuciowe oraz nadmierne poświęcanie się dla chorego, działają zachowania przeciwne – odrzucenie go czy unikanie kontaktu z nim (Barbaro de, Ostoja-Zawadzka, Cechnicki, 2005). Zdarza się, że rodzina reaguje wobec chorego krytycyzmem i agresją. Wynika to często ze zniecierpliwienia zdrowych

osób spowodowanego powolnymi postępami w procesie zdrowienia czy rehabilitacji chorego, bo powrót do zdrowia oznaczałby, że można będzie zapomnieć o jego problemach. Złość najbliższych może mieć ponadto swoje podłoże w poczuciu zawiedzionych przez chorego nadziei. Oczywiście odczuwanie negatywnych emocji, złości, irytacji jest jak najbardziej naturalne i nie należy się przed nimi bronić, gdy jednak sposób ich wyrażania jest niewłaściwy, może poczynić wiele szkód, osłabiając chorego. Takie zagrożenie stwarzają przede wszystkim wypowiedzi sugerujące, iż pacjent nie jest taki, jak powinien i jak się od niego oczekuje, wypowiedzi, w których przelewa się na niego całe zgorzknienie i pesymizm (ibid.).

Choroba jednego z członków rodziny zwykle mobilizuje pozostałych do „poświęcania się" dla niego. Są oni gotowi do rezygnacji z dotychczasowych przyzwyczajeń, przyjemności czy trybu życia, podporządkowując się całkowicie potrzebom chorego. W dłuższej perspektywie jest to jednak niebezpieczne, wywołuje bowiem frustrację, prowadzi do przemęczenia i zniechęcenia, stając się źródłem napięć i zniecierpliwienia w kontaktach z chorym. W takich sytuacjach niesienie mu pomocy przestaje być efektywne, a wręcz zaczyna być przykre dla obu stron. De Barbaro wprost stwierdza, że im więcej czasu poświęca się choremu, rezygnując z własnego życia, tym gorsze są tego efekty. Brak dbałości o siebie i własne samopoczucie przekłada się więc na gorsze funkcjonowanie chorego (Barbaro de, 1997).

W sytuacji długotrwałej opieki nad przewlekle chorym, szczególnie gdy nie widać wymiernych efektów, u rodziny pojawia się rezygnacja i przekonanie o braku możliwości poprawy aktualnego stanu pacjenta. Główny opiekun chorego stara się wówczas chronić go przed wszelkimi problemami, a nawet przed codziennym zadaniami (nadodpowiedzialność). Chory zostaje wówczas zepchnięty na boczny tor życia rodzinnego, a reszta rodziny wyłączona z wszelkich czynności związanych leczeniem. Z czasem pojedynczy opiekun doświadcza nadmiernego obciążenia, a pacjent i pozostali członkowie rodziny, pozbawieni codziennego kontaktu, nie mają szans na wzajemne relacje „dawania i brania". Rodzina nie wykorzystuje swej siły, którą posiada jako całość (Barbaro de, Ostoja-Zawadzka, Cechnicki, 2005).

I wreszcie, rodzina może reagować na chorobę jednego ze swoich członków unikaniem i odrzuceniem emocjonalnym. Zdaniem Obuchowskiej i współautorów (2008) uczucia takie pojawiają się jednak rzadko i zdarza się to głównie w rodzinach dotkniętych patologią społeczną. W przypadku choroby dziecka zwykle taką postawę przejawiają rodzice czujący, że potomek zawiódł ich oczekiwania, bądź ci, którzy na tę sytuację zareagowali ucieczką lub agresją skierowaną na dziecko. Niekiedy zdarza się ona u ojców wycofujących się z opieki nad dzieckiem i całkowicie obarczających nią żonę. Z badań Jaroszczyk-Steiner (1988), zajmującej się wpływem zagrożenia zdrowia i życia dziecka na interakcje członków rodziny, można wysnuć wniosek, że ojcowie wraz ze wzrostem takiego zagrożenia ujawniają więcej emocji negatywnych, którym towarzyszą jednocześnie emocje pozytywne, czego efektem ostatecznym jest postawa ambiwalentna wobec chorego dziecka. Niekiedy u rodziców dzieci dotkniętych poważnymi chorobami pojawia się dystans emocjonalny w postaci nieumiejętności otwartego i bezpośredniego wyrażania uczuć.

Często rodzice decydują się zostać ze sobą ze względu na dziecko, a gdy ono zamierza ich opuścić – wzrasta u nich niepokój i obawa przed nowym spojrzeniem na ich własne relacje i konieczność określenia się w nowych rolach. Dla rodziców, szczególnie tych, którzy samotnie wychowują dzieci, sytuacja ta jest silnie stresująca i oznacza zagrożenie dla rodzinnej homeostazy, pojawia się więc opór przed przejściem do następnej fazy cyklu rozwojowego. Manifestuje się on w postaci objawu, zwykle u najsłabszego członka systemu – u dziecka. Objaw ten ratuje rodzinną równowagę, odsuwając niebezpieczeństwo odejścia dziecka i konieczność podjęcia działań zbyt trudnych dla systemu (Namysłowska, 2000; Ostoja-Zawadzka, 1994). Rogala-Obłękowska (1999) pisze, że rodzice narkomanów obawiają się usamodzielnienia nastolatka. Skłaniają więc nieświadomie dziecko do wykształcenia objawu, jakim jest branie narkotyków. Ostoja-Zawadzka (1994, s. 28) fakt wykształcenia objawu przez dziecko określa mianem „ofiarowania siebie rodzinie”.

Nieutworzenie nowych warunków bycia razem w fazie „pustego gniazda” grozi rozpadem małżeństwa. Na tym etapie możliwe jest wykształcenie objawu, tym razem przez rodzica (np. ciężka choroba), co może powstrzymać niekorzystne dla trwałości małżeństwa zmiany – dziecko wraca do domu, a rodzice unikają konfrontacji z własnym

nierozwiązanym konfliktem (Namysłowska, 2000; Ostoja-Zawadzka, 1994; Świętochowski, 2003). Choroba dziecka i stosunek rodziny do niej w pewien sposób organizują rodzinę, ponieważ wokół choroby koncentruje się życie rodzinne. Zachowania członków rodziny mogą spełniać funkcje wzmocnienia dla choroby, co sprawia, że objawy będą się utrzymywać bądź nasilać (Minuchin, 1974).

Można założyć, że im silniejsza jest regulacyjna rola choroby w rodzinie, tym wyraźniej jest ona reprezentowana w systemowym obszarze modelu chorowania, albo więcej jest dysfunkcjonalnych obszarów systemu. Interwencja terapeuty rodzinnego może pozwolić na korekcję tych dysfunkcjonalnych elementów i zastąpienie ich mechanizmami prawidłowymi, pozbawiając w ten sposób chorobę jej regulacyjnej roli, a tym samym sprawić, że przestanie ona być rodzinie potrzebna na swój paradoksalny sposób, dając w efekcie: (1) wzrost motywacji do zdrowienia (aktywne uczestnictwo w leczeniu, przestrzeganie zaleceń, systematyczna rehabilitacja itd.), (2) zanik niewłaściwych, wytworzonych w związku z chorobą reguł i relacji (np. takich jak nadopiekuńczość, wyręczanie innych, przejmowanie władzy i kontroli przez dzieci).

W sytuacji nasilania się zmian (np. wywołanych bodźcami stresowymi) w systemie pojawia się entropia dodatnia, prowadząca do jego destrukcji. Ponieważ jednak żadnej rodziny nie omijają problemy i trudności, uruchamiane są mechanizmy homeostatyczne, które temu zapobiegają (por. np. Praszkier, 1992; Namysłowska, 2000; Barbaro de, 1997; Barbaro de, Ostoja-Zawadzka, Cechnicki, 2005). Dzieje się to tak, że jednostka, która poczyniła najwięcej ustępstw na rzecz zachowania harmonii w systemie (homeostazy), będzie narażona na wystąpienie objawów kumulujących na sobie uwagę całej rodziny i ją jednoczących. Objaw pełni wówczas funkcję regulującą utrzymanie równowagi i w takim sensie można mówić o korzystnej dla systemu rodzinnego roli choroby.

Rozdział 2

Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny

Eleonora Bielawska-Batorowicz

2.1. Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich medyczne uwarunkowania
- 2.1.1. Niepłodność – rodzaje, przyczyny, rozpowszechnienie
- 2.1.2. Poronienia, martwe urodzenia i śmierć dziecka w okresie okołoporodowym – rozpowszechnienie, przyczyny

2.2. Następstwa trudności w realizacji planów prokreacyjnych
- 2.2.1. Diagnoza niepłodności i jej następstwa psychologiczne
- 2.2.2. Straty ciąży i ich następstwa psychologiczne

2.3. Przezwyciężanie trudności prokreacyjnych – na przykładzie niepłodności
- 2.3.1. Techniki wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności
- 2.3.2. Rozwój dzieci urodzonych w wyniku zastosowania technik rozrodu wspomaganego
- 2.3.3. Relacje w rodzinie powstałej w wyniku zastosowaniu technik rozrodu wspomaganego

Przychodzenie na świat dzieci jest elementem normatywnych faz życia rodzinnego (Janicka, 2012), a funkcja prokreacyjna rodziny jest uwzględniana w analizach faz rozwoju (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008). Przyjmuje się przy tym domyślnie założenie, że prokreacja przebiega bez zakłóceń, tzn. dochodzi do ciąży i urodzenia dziecka. Publikowane dane wskazują, że straty ciąży w postaci poronienia (Barton-Smoczyńska, 2006; Rowe, 2009; Akker van den, 2012) i trudności prokreacyjne w postaci niepłodności (Fisher, 2009; Bidzan, 2010; Akker van den, 2012) dotyczą wielu osób. Można szacować, że każdego z tych dwu rodzajów problemów doświadcza co najmniej 20% par aktywnych seksualnie. Tym samym ich zdrowie prokreacyjne[1] jest zagrożone, a realizacja planów związanych z posiadaniem potomstwa utrudniona. Stąd pytania o następstwa trudności prokreacyjnych – dla relacji w rodzinie, zwłaszcza dla relacji między rodzicami i dziećmi, a także dla rozwoju dzieci. W dalszej części rozdziału przedstawiam te zagadnienia, koncentrując się na niepłodności i stracie ciąży.

2.1. Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich medyczne uwarunkowania

2.1.1. Niepłodność – rodzaje, przyczyny, rozpowszechnienie

O niepłodności mówi się wówczas, gdy mimo utrzymywania regularnych stosunków seksualnych bez stosowania jakichkolwiek metod zapobiegających ciąży, para nie może począć dziecka. W krajach wysoko rozwiniętych diagnozę niepłodności rozważa się zwykle, gdy do ciąży nie dochodzi w ciagu 12 miesięcy starania sie o nią (Fisher, 2009; Bidzan, 2010). U kobiet po 35 r.ż. sugeruje się skrócenie tego okresu do 6 miesięcy (Amudha i in., 2013). W literaturze można spotkać rozróżnienie **niemożności zajścia w ciążę** (*sterilitas*) oraz **niemożności donoszenia ciąży** (*infertilitas*). Używa się również określeń „niepłodność pierwotna” i „niepłodność wtórna”. Pierwsze z nich dotyczy sytuacji, w której nigdy nie doszło do ciąży, drugie zaś sytuacji, w której trudności z poczęciem

dziecka pojawiają się po wcześniejszej ciąży. Obok takiego rozróżnienia znaleźć można w literaturze również inne konteksty, w jakich pojawia się termin „niepłodność". Wyjaśnienie najczęściej stosowanych terminów zawiera tabela 2.1.

TABELA 2.1

Termin „niepłodność" – konteksty i znaczenia

Niepłodność całkowita (*sterilitas absoluta*) Niepłodność względna (*sterilitas relativa*; *sterilitas temporaria*)	Bezpłodność – istnieją przyczyny wykluczające zajście w ciążę Istnieją przyczyny czasowo wykluczające zajście w ciążę, dające szansę wyleczenia
Niepłodność pierwotna (*sterilitas primaria*) Niepłodność wtórna (*sterilitas secundaria*)	Brak ciąży mimo regularnego współżycia seksualnego (co najmniej przez 12 miesięcy) bez antykoncepcji Ciąża wystąpiła co najmniej 1 raz, a następnie przez okres 2 lat nie doszło do kolejnej mimo regularnego współżycia seksualnego
Niepłodność wrodzona (*sterilitas congenita*) Niepłodność nabyta (*sterilitas acquisita*)	Przyczyny niepłodności obecne od urodzenia Przyczyny niepłodności pojawiają się w toku życia
Niepłodność kobieca (*sterilitas feminina*) Niepłodność męska (*sterilitas masculina*)	Przyczyna niepłodności wynika z zaburzeń występujących u kobiety Przyczyna niepłodności wynika z zaburzeń występujących u mężczyzny
Niepłodność małżeńska (*sterilitas coniugalis*)	Termin podkreślający, że poczęcie dziecka wymaga uwzględnienia płodności jednocześnie kobiety i mężczyzny, a niezależnie od przyczyny przynosi konsekwencje w postaci braku dziecka obojgu partnerom

Źródło: opracowanie własne na podstawie na podstawie Bidzan (2010).

Warto uwzględnić również pojęcie płodności, które oznacza „prawdopodobieństwo poczęcia w przebiegu prawidłowego cyklu miesięcznego dla pary ze średnią liczbą stosunków seksualnych 2–3 razy

w tygodniu" (Radwan J., 2011, s. 11). Prawdopodobieństwo to może być różne, stąd zmienia się czas niezbędny do zajścia w ciążę u par o odmiennym stopniu płodności. Przy prawdopodobieństwie 0,5 (50% szans na poczęcie w danym cyklu) do zapłodnienia komórki jajowej potrzeba 2 miesięcy, ale przy prawdopodobieństwie 0,05 (5% szans na poczęcie w danym cyklu) już prawie 2 lat (Radwan J., 2011). Dla wielu par tak długi czas jest powodem niepokoju i poszukiwania przyczyn nieplanowanej bezdzietności. Brak ciąży może być uwarunkowany ograniczeniem płodności pary lub całkowitą niemożnością poczęcia dziecka. Trudności mogą dotyczyć każdego z partnerów z osobna lub pary jako całości. Konieczne jest więc poszukiwanie przyczyn jednocześnie u kobiety i mężczyzny.

Wśród przyczyn niepłodności van den Akker (2012) wyróżnia **czynniki behawioralne** (np. częstość podejmowania aktywności seksualnej, odraczanie decyzji o posiadaniu dziecka, rodzaj i intensywność aktywności zawodowej) oraz **czynniki związane ze stanem zdrowia**, do których należą: (1) przyczyny wrodzone – zaburzenia genetyczne, przedwczesne wygasanie czynności jajników, wrodzony brak macicy, (2) zaburzenia hormonalne, (3) infekcje i choroby narządów płciowych, (4) uszkodzenia gamet związane z chemioterapią lub radioterapią, (5) powikłania po chorobach okresu dzieciństwa (np. po przebytej śwince). Listę przyczyn niepłodności związanych ze stanem zdrowia kobiet i mężczyzn przedstawia tabela 2.2.

TABELA 2.2

Przyczyny zdrowotne niepłodności kobiecej i męskiej

Niepłodność kobieca
Przyczyny pochodzenia jajnikowego (wśród nich najczęstsze są zaburzenia jajeczkowania) • cykliczne zaburzenia jajeczkowania • pierwotny niedorozwój jajników • przedwczesne wygasanie czynności jajników • hiperandrogenizm wskutek wielotorbielowatości jajników • guzy jajników
Przyczyny związane z jajowodami (wśród nich najczęstsza jest niedrożność jajowodów) • niedrożność obustronna jajowodów • procesy zapalne z uszkodzeniem błony śluzowej jajowodów

• przyczyny pochodzenia okołojajowodowego związane ze stanami zapalnymi np. otrzewnej • endiometrioza jajowodu • zaburzenia czynności jajowodów związane z niedorozwojem narządów płciowych
Przyczyny związane z macicą • uszkodzenia w wyniku urazu lub stanu zapalnego • niedorozwój endometrium wskutek zaburzeń hormonalnych • mięśniaki podśluzówkowe lub śródścienne • wrodzone wady rozwojowe • nieprawidłowe położenie
Przyczyny zwiazane z pochwą • zaburzenia rozwojowe pochwy (brak, zarośnięcie lub przegroda) • zwężenie pochwy wskutek stanów zapalnych lub zaburzeń rozwojowych • stany zapalne wywołane czynnikami bakteryjnymi, chemicznymi
Przyczyny zwiazane z szyjką macicy
Przyczyny endokrynologiczne • niewydolność układu podwzgórzowo-przysadkowego • hiperprolaktynemia • przedwczesne wygasanie czynności jajników
Niepłodność męska
Zaburzenia spermiogenezy • oligozoospermia – mała liczba plemników w nasieniu (poniżej 20 mln/ml) • teratospermia – podwyższony odsetek plemników o nieprawidłowej budowie • azoospermia – brak dojrzałych plemników w nasieniu • aspermia – całkowity brak plemników • astenozoospermia – mała ruchliwość plemników
Zaburzenia transportu plemników
Zaburzenia hormonalne czynności jąder
Żylaki powrózków nasiennych
Obecność ciał przeciwplemnikowych
Zaburzenia uniemożliwiające prawidłowe odbycie stosunku płciowego • zaburzenia erekcji • zaburzenia ejakulacji • anatomiczne deformacje prącia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Jacobs, O'Donohue, 2007; Bidzan, 2010; Radwan, Wołczyński, 2011; Amudha i in. (2013).

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia udział przyczyn niepłodności leżącej po stronie mężczyzn wśród wszystkich przyczyn tego

zjawiska sięga 51% (Dudgeon, Inhorn, 2004; Fisher, 2009; Radwan J., 2011). W takim odsetku par zaburzenia występujące u mężczyzny stanowiły wyłączną lub współwystępującą przyczynę niepłodności. Niektórzy autorzy (np. Akker van den, 2012) podają, że przyczyny niepłodności leżące po stronie kobiety stanowią 1/3 przypadków, leżące po stronie mężczyzny kolejną 1/3, a pozostała 1/3 to sytuacje, w których do niepłodności przyczyniają się oboje partnerzy lub przyczyny nie zostały wyjaśnione.

Szacuje się, że ok. 24% populacji świata w wieku rozrodczym doświadcza pierwotnej lub wtórnej niepłodności, a ok. 15% poszukuje pomocy medycznej w staraniach o dziecko (Fisher, 2009). Dostępne dane zwracają uwagę na geograficzne zróżnicowanie liczby osób niepłodnych – np. jest to ok. 13% par w Danii, ok. 17% w Wielkiej Brytanii, 16% we Francji, 12% w USA. W Indiach niepłodność pierwotna wynosi 3%, wtórna – 8%, w Egipcie odpowiednie liczby to 4,3% oraz 7,7%, w Kostaryce wskaźniki wahają się w granicach 3,2–8,1% (Bielawska-Batorowicz, 2006). Dla Polski – gdzie nie ma danych epidemiologicznych – szacowany odsetek par niepłodnych to 18–20 (Radwan J., 2011). Kraje centralnej Afryki określa się mianem „pasa niepłodności” (*infertility belt*) ze względu na bardzo wysoki (ok. 40%) odsetek osób dotkniętych niepłodnością (Dudgeon, Inhorn, 2004; Balen van, Inhorn, 2002).

Liczba przypadków niepłodności zdaje się wzrastać, co wiąże się z rosnącą liczbą osób narażonych na działanie czynników ograniczających płodność. Rodzicielstwo w późniejszym wieku – widoczne także w Polsce – sprawia, że coraz więcej osób doświadcza trudności z poczęciem dziecka. Przyczyn niepłodności poszukiwano także wśród czynników psychicznych, co doprowadziło do wyróżnienia czterech koncepcji teoretycznych (Balen van, 2002). Pierwszą jest model psychogenny, zgodnie z którym wyłączną przyczyną niepłodności są problemy i mechanizmy psychiczne. Model ten – o wyraźnych inspiracjach psychodynamicznych – pojawił się najwcześniej. Stosowano go głównie w odniesieniu do kobiet, łącząc niepłodność z nieakceptowaniem rodzicielstwa, konfliktami dotyczącymi godzenia macierzyństwa i kariery zawodowej. Drugi model wyjaśniał niepłodność nieznanego pochodzenia – uwarunkowań psychologicznych poszukiwano jedynie wówczas, gdy nie znaleziono biologicznych przyczyn niepłodności. Odwoływano się przy tym do silnego stresu, który może wpływać na poziom hormonów i hamować owulację. W trzecim modelu –

psychologicznych następstw niepłodności – odwrócono zależność przyczynowo-skutkową, uznając, że procesy psychiczne są nie tyle przyczyną, ile następstwem niepłodności, a niepokój, depresja, obniżone poczucie własnej wartości, zakłócenia aktywności seksualnej czy dolegliwości somatyczne są skutkiem diagnozy i leczenia niepłodności, a także efektem nieplanowanej bezdzietności. Czwarty model – cykliczny – pojawił się najpóźniej i ujmował niepłodność jako skutek oddziaływania czynników biologicznych. Zakładał jednak, że nieplanowana bezdzietność pociąga za sobą wiele następstw psychicznych. Szczególne znaczenie ma stres, gdyż związane z nim procesy fizjologiczne mogą zmniejszać szanse na zajście w ciążę. Procesy psychiczne są w tym modelu wyłącznie następstwem niepłodności. Silny stres i silne emocje mogą jednak oddziaływać na reakcje fizjologiczne, modyfikując ich przebieg. Procesy psychiczne, będąc skutkiem rozpoznanej niepłodności, są także czynnikiem modyfikującym procesy fizjologiczne, co z kolei oddziałuje na przebieg leczenia. Rozwój wiedzy o biologicznych przyczynach niepłodności (Radwan, Wołczyński, 2011) sprawia, że trudno już mówić o „czynniku psychicznym” jako o jej źródle, można jednak mówić o jego roli w zwiększaniu lub zmniejszaniu szans na zajście w ciążę. Rozpoznanie niepłodności pociąga za sobą następstwa psychiczne, zatem również leczenie niepłodności może stać się przyczyną silnych reakcji emocjonalnych i stresu, związanych z obawami o powodzenie leczenia, które mogą wtórnie utrudniać jego przebieg (Bielawska-Batorowicz, 2006).

2.1.2. Poronienia, martwe urodzenia i śmierć dziecka w okresie okołoporodowym – rozpowszechnienie, przyczyny

Poronienie samoistne to zakończenie ciąży przed 22. tygodniem jej trwania (Bręborowicz, 2003; Kaźmierczak i in., 2004; Szkodziak i in., 2012). Odsetek poronień u ludzi jest względnie wysoki – przyjmuje się, że 10–25% kobiet traci co najmniej jedną ciążę (Bręborowicz, 2003; Barton-Smoczyńska, 2006; Rowe, 2009; Szkodziak i in., 2012). Częstość poronień jest zależna od czasu trwania ciąży – największa (50%) jest przed implantacją zarodka, następnie w okresie poimplantacyjnym (12–24%), po 8 tygodniu ciąży (10%) i najrzadziej (1–2%) występuje po 13 tygodniu (Bręborowicz, 2003). Poronienie przed 20 tygodniem ciąży częściej

występuje u kobiet po 40 r.ż. (Bidzan, 2010), a jego ryzyko jest wielokrotnie wyższe u kobiet po 45 r.ż. w porównaniu z grupą w wieku 20–24 lat (Akker van den, 2012).

Etiopatogeneza poronień uwzględnia przyczyny: (1) genetyczne – nieprawidłowości chromosomalne płodu, (2) związane z matką – zaburzenia anatomiczne w obrębie narządów płciowych, zaburzenia hormonalne, choroby zakaźne, urazy, czynniki psychiczne, (3) przyczyny auto- i alloimmunogenetyczne, (4) przyczyny środowiskowe – głównie przyjmowanie leków, ale także palenie tytoniu, niski poziom wykształcenia i standard materialny (Bręborowicz, 2003; Kaźmierczak i in. 2004; Akker van den, 2012). Ryzyko wiąże się z też z przeszłością położniczą – u kobiet, które dotychczas nie były w ciąży lub urodziły zdrowe dziecko, wynosi ono ok. 5%, a u kobiet, które doświadczyły już straty ciąży, wzrasta do 20% (Bręborowicz, 2003). W literaturze pojawia się również pojęcie nawracających poronień, czyli wystąpienia (niekoniecznie kolejno) co najmniej trzech poronień. Ryzyko nawracających poronień dotyczy od 1–2% do 2–5% par w wieku rozrodczym i stanowi 5% wszystkich poronień samoistnych (Malinowski, 2011). Pełne wyjaśnienie przyczyny poronienia nie zawsze jest możliwe. Para, która straciła ciążę, nie musi zatem uzyskać od lekarzy ani odpowiedzi na pytanie dlaczego do tej straty doszło, ani jednoznacznych i zawsze skutecznych wskazań, jak ustrzec się kolejnego poronienia.

Nieprzerwanie podejmowane są badania czynników ryzyka poronień. Przykładem są badania populacyjne w Wielkiej Brytanii, w których porównano kobiety, które straciły ciążę w pierwszym trymestrze z kobietami, których ciąża trwała powyżej 12 tygodni. Czynnikami, które niezależnie zwiększały ryzyko poronienia, były: starszy wiek kobiety; wcześniejsze poronienie, usunięcie ciąży i niepłodność; zajście w ciążę w wyniku wspomaganej prokreacji; niski indeks masy ciała (BMI < 18,5) przed zajściem w ciążę; spożywanie alkoholu regularnie lub w dużej ilości; stres (tendencja wskazująca na znaczenie liczby stresujących/traumatycznych wydarzeń); starszy wiek mężczyzny. Ryzyko poronienia było niższe u kobiet, które już rodziły, a także malało wraz ze stosowaniem suplementacji witaminowej oraz codziennym spożywaniem warzyw i owoców. Nie stwierdzono natomiast związku wzrostu ryzyka poronienia z konsumpcją kofeiny, paleniem tytoniu, sporadycznym

spożywaniem małej ilości alkoholu, poziomem wykształcenia, standardem ekonomicznym lub pracą zawodową w czasie ciąży (Maconochie i in., 2007). Analizy przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych z wykorzystaniem danych dotyczących hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych wskazały na zwiększone ryzyko poronienia u kobiet z zaburzeniami afektywnymi oraz związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Gold i in., 2007).

Kolejnym rodzajem straty ciąży jest **wewnątrzmaciczne obumarcie płodu**. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje tak urodzenia bez oznak życia po 28 tygodniu ciąży[2]. Według danych ŚOZ w 2009 r. doszło do 2,6 mln takich urodzeń, co daje 8200 martwych urodzeń dziennie[3], ale w okresie 1995–2009 odnotowano 14-procentowy spadek ich liczby. Znaczna większość martwych urodzeń występuje w krajach o niskich lub średnich dochodach ludności. W Polsce w 2011 r. zarejestrowano 1653 martwe urodzenia, w tym 1166 po 28 tygodniu ciąży (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Przyczyny wewnątrzmacicznego obumarcia płodu i martwych urodzeń zawiera tabela 2.3, przedstawiająca przyczyny najbardziej typowe dla krajów o różnym standardzie ekonomicznym. Zestawienie pozwala zauważyć różnice wynikające ze standardu życia (w tym masa ciała kobiety, infekcje) i dostępu do opieki medycznej. Podobieństwa dotyczą ryzyka związanego z zaawansowanym wiekiem kobiet w ciąży oraz z ich chorobami, takimi jak cukrzyca i nadciśnienie.

Kolejna kategoria straty i niepowodzenia prokreacyjnego to **zgon dziecka w okresie poporodowym**. Główny Urząd Statystyczny rozróżnia zgon noworodka (w ciągu poczatkowych 28 dni życia) i zgon niemowlęcia (w 1 r.ż.), ale podaje dane łącznie. Najnowszy dostępny wskaźnik to 473 zgony na 100 tys. żywych urodzeń (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012). Wskaźnik ten jest wyższy niż przeciętna dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Zgodnie ze stosowaną metodą obliczania wskaźników (liczba zgonów na 1000 żywych urodzeń) wynosi on 4,7 w porównaniu z 3,9 dla całej Unii. Najwyższy wskaźnik, wynoszący 9,3, ma (w chwili przygotowywania tego rozdziału) Rumunia (*European Social Statistics*, 2013).

TABELA 2.3

Przyczyny wewnątrzmacicznego obumarcia płodu w krajach rozwiniętych (o wysokich dochodach ludności) i rozwijających się (o niskich i średnich dochodach ludności)

Kraje rozwinięte	Kraje rozwijające się
• Nadwaga i otyłość kobiet (BMI > 25) • Zaawansowany wiek kobiety (> 35 lat) • Palenie tytoniu w okresie ciąży • Pierwsza ciąża • Bardzo młody wiek (15 lat >) • Nadciśnienie tętnicze (występujące przed ciążą) • Cukrzyca typu 2 (występująca przed ciążą) • Hypotrofia płodu • Niewłaściwa (zbyt późno podjęta) opieka lekarska nad ciężarną	• Niska masa ciała i niedożywienie kobiety • Zaawansowany wiek kobiety (> 35 lat) • Cukrzyca ciążowa • Nadciśnienie tętnicze w ciąży • Infekcje (malaria, syfilis, choroby pasożytnicze) • Przedłużający się poród • Niewłaściwe ułożenie płodu • Niewłaściwa (całkowity brak lub zbyt późno podjęta) opieka lekarska nad ciężarną • Brak wykształcenia, zamieszkiwanie w rejonach wiejskich

Źródło: opracowanie własne na podstawie McClure i in. (2009); Flenady i in. (2011); Gordon i in. (2013).

2.2. Następstwa trudności w realizacji planów prokreacyjnych

W ujęciu biologicznym rodzicielstwo to wydanie na świat potomstwa, z którym łączą rodziców więzy genetyczne, a w ujęciu społecznym to wychowanie dziecka i opieka nad nim przez wiele lat. Przy naturalnie przebiegającej prokreacji oba te aspekty są połączone. Przy zaburzeniach płodności i stratach ciąży pierwszy aspekt rodzicielstwa nie może być zrealizowany. Niemożność wydania na świat własnego, biologicznego potomka nie przekreśla jednak pełnienia funkcji społecznych związanych z rodzicielstwem. Badacze w wielu krajach zwracają uwagę na nadawanie szczególnej wagi biologicznemu rodzicielstwu (Inhorn, Balen van, 2002; Daniels, 2005), co sprawia, że posiadanie własnych dzieci jest traktowane jako naturalne i najwłaściwsze, także przez tych, którzy nie mogą zostać biologicznymi rodzicami. Społeczna rola rodzica wydaje się mniej ważna, a może nawet mniej wartościowa. Takie rozłożenie nacisków powoduje, że

osoby skonfrontowane z niemożnością posiadania dziecka, podejmują przede wszystkim starania o zostanie biologicznymi rodzicami, uważając inne formy rodzicielstwa, np. adopcję, za swoistego rodzaju ostateczność (Blyth, Landau, 2004; Bielawska-Batorowicz, 2006; Bidzan, 2010). Nadawanie szczególnego znaczenia biologicznemu rodzicielstwu powoduje, że niepowodzenia prokreacyjne są traktowane jako zjawisko niekorzystne, źródło frustracji wielu potrzeb.

2.2.1. Diagnoza niepłodności i jej następstwa psychologiczne

W literaturze reakcje na diagnozę niepłodności analizowane są z wykorzystaniem modelu żalu po stracie, którą w tym przypadku jest perspektywa rodzicielstwa i relacje z własnym dzieckiem (Shapiro, 1988; Bielawska-Batorowicz, 2006; Bidzan, 2010). Charakterystyka wzorca reakcji na zdiagnozowanie niepłodności znajduje się w ramce 2.1.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2.1

Etapy reakcji na diagnozę niepłodności

Pierwszym etapem reakcji na diagnozę niepłodności jest zwykle **zdziwienie i niedowierzanie**, że trudności z zajściem w ciążę wymagają specjalistycznego leczenia. Częste jest również zaprzeczenie trafności diagnozy, co jest o tyle niebezpieczne, że uniemożliwia lub opóźnia podjęcie leczenia. W kolejnym etapie typowe są **gniew i złość**, tak wobec osoby lekarza, metod diagnozy, konieczności podjęcia leczenia oraz jego wyników, jak i wobec partnera, zwłaszcza jeśli po jego/jej stronie leży przyczyna niepłodności. Negatywne emocje nie zawsze są otwarcie ujawniane, mogą jednak stanowić tło przejściowych trudności i konfliktów między partnerami. U niepłodnego partnera może wystąpić ponadto poczucie winy. Może pojawić się tendencja do unikania kontaktów z otoczeniem, zwłaszcza z osobami posiadającymi dzieci, ukrywanie własnych uczuć, a także negowanie własnej niepłodności. Sprzyja to poczuciu izolacji, potęguje napięcia związane z niepłodnością i rzutuje na relacje partnerskie. Ostatnim etapem jest **akceptacja** niepłodności i jej następstw. Nie oznacza to jednak wyciszenia intensywnych emocji i całkowitego pogodzenia się z sytuacją. Żal i poczucie straty mogą być nadal obecne. Akceptacja oznacza natomiast poszukiwanie i wybór sposobu przezwyciężenia bezdzietności. Rozpoczyna się analizowanie dostępnych metod leczenia niepłodności, może dojść do wyboru jednej

z nich i podjęcia leczenia. Pary mogą również zdecydować o adoptowaniu dziecka. Na tym etapie może być podjęta decyzja o pozostaniu bezdzietnymi. Cechą charakterystyczną jest odrzucenie orientacji retrospektywnej. Niepłodne pary przestają koncentrować się na przyczynach swej sytuacji i jej bezpośrednich skutkach, a więc na frustracji wielu potrzeb i intensywnych reakcjach emocjonalnych. Zaczynają natomiast dostrzegać i wdrażać dostępne sposoby postępowania. Niekiedy towarzyszy temu zbyt wiele pozytywnych oczekiwań, np. przekonanie o pełnym powodzeniu podejmowanego leczenia.
Wymienione etapy – zaprzeczenie, złość, akceptacja – dotyczą obojga partnerów w niepłodnej parze. Nie muszą być jednak w pełni zsynchronizowane, co oznacza, że w danym momencie każdy z partnerów może znajdować się na innym etapie zmagania się z nieplanowaną bezdzietnością, co komplikuje podejmowanie decyzji o ewentualnym leczeniu. Z trudną sytuacją mamy do czynienia również wówczas, gdy partnerzy mają odmienne stanowiska w kwestii przezwyciężania bezdzietności, mimo że oboje znajdują się już w fazie akceptacji.

Źródło: opracowanie własne.

Przyjęcie stanowiska, że zaburzenia emocjonalne i zmiany w psychicznym funkcjonowaniu są skutkiem niepłodności, prowadzi do analizy przystosowania się do nieplanowanej bezdzietności. Choć posiadanie dzieci nie jest tak silnie wbudowane w społeczną rolę mężczyzny, jak jest to w przypadku kobiet – u których można spodziewać się intensywnych emocjonalnych następstw trudności prokreacyjnych – to diagnoza męskiej niepłodności pociąga za sobą swoistą stygmatyzację. Dzieje się tak dlatego, że niepłodność często – ale błędnie – jest łączona lub nawet utożsamiana z ograniczeniem sprawności seksualnej (Gannon, Glover, Abel, 2004). Takie zestawienie sprawia, że mężczyźni niechętnie przyznają się do problemów z płodnością lub odrzucają taką diagnozę, odwołując się do własnej pełnej sprawności seksualnej.

Przeglądy literatury dotyczącej psychologicznych następstw niepłodności (np. Bielawska-Batorowicz, 2006; Bidzan, 2010; Greil, Slauston-Blevins, McQuillan, 2010; Akker van den, 2012) wskazują, że zainteresowanie badaczy dotyczy w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Pojawienie się intensywnych reakcji emocjonalnych, głównie smutku i niepokoju, co pociągało za sobą również obniżenie satysfakcji z życia, stwierdzano u kobiet znacznie częściej niż u mężczyzn. Smutek i niepokój były

szczególnie nasilone w przypadku braku adekwatnego wsparcia ze strony najbliższych (Makara-Studzińska i in., 2010). Kobiety, w większym stopniu niż mężczyźni, traktowały niepłodność jako duże zagrożenie dla poczucia własnej wartości, przyczynę niezadowolenia z siebie, źródło stresu, w mniejszym natomiast stopniu niż u mężczyzn niepłodność prowadziła u nich do obniżonej satysfakcji seksualnej (Akker van den, 2012). W badaniach z udziałem niepłodnych mężczyzn ujawniono utrzymywanie się, podobnie jak u kobiet, wysokich wskaźników niepokoju, obniżonego nastroju, poczucia winy i niskiej satysfakcji życiowej (Glover i in., 1996; Chachamovich i in., 2010), a nawet objawów zbliżonych do zaburzenia po stresie traumatycznym (Łepecka-Klusek, 2008). Często podnoszona różnica między kobietami i mężczyznami dotyczy ujawniania faktu własnej niepłodności. Uważa się, że mężczyźni zdecydowanie rzadziej są skłonni przyznać, iż przyczyna niepłodności leży po ich stronie (Shapiro, 1988; Gannon i in., 2004; Bielawska-Batorowicz, 2006), a także mniej otwarcie wyrażają uczucia związane z diagnozą i proponowanym leczeniem. Ten obraz jest powierzchowny, przeżycia mężczyzn są bowiem równie głębokie, a oni sami oczekują emocjonalnego wsparcia od swych partnerek (Shapiro, 1988; Merari, Chetrit, Modan, 2002; Bidzan, 2010).

Badania wykazują również, że poziom stresu doświadczanego przez osoby dotknięte niepłodnością jest związany nie tyle z pragnieniem posiadania dziecka i przewidywanymi skutkami bezdzietności dla relacji partnerskich, ile z indywidualnymi właściwościami psychologicznymi, takimi jak styl radzenia sobie i krytycyzm wobec siebie. U osób preferujących aktywne radzenie sobie natężenie stresu jest niższe, wzrasta natomiast u osób z pasywnym radzeniem sobie i wysokim poziomem krytycyzmu wobec siebie (Broeck van den i in., 2010; Akker van den, 2012).

Następstwa niepłodności nie zawsze muszą być negatywne. Badania zespołu amerykańskich badaczy (Paul i in., 2010) wykazały, że wśród osób niepłodnych dochodzi do potraumatycznego wzrostu, a więc do pozytywnych zmian w zakresie nastawienia do życia, relacji interpersonalnych, percepcji siebie[4]. Badani oceniali niepłodność jako wydarzenie traumatyczne (średnio 6,18 punktów w skali siedmiopunktowej), a 48% spośród nich spełniło kryteria traumy występujące w DSM-IV. Wskaźniki potraumatycznego wzrostu były na

przeciętnym poziome (średnio 51,79 punktu w skali od 0 do 105) i, jak podają autorzy badania, niższe niż w innych badaniach amerykańskich. Analiza wskazała na związek potraumatycznego wzrostu i diagnozy niepłodności – wskaźniki wzrostu były niższe u osób z nieznanymi przyczynami niepłodności oraz wówczas, gdy niepłodność nie wynikała z przyczyn leżących po stronie kobiety.

Problemy łączone z niepłodnością, niezależnie od tego, po czyjej stronie leży jej przyczyna, są zawsze problemami obojga partnerów i tylko w takim aspekcie powinny być rozpatrywane. Brak dziecka w związku pragnącym potomstwa może być czynnikiem wpływającym na uczucia i zachowania partnerów wobec siebie, a satysfakcja ze związku u par bezdzietnych może być niższa w porównaniu z posiadającymi dzieci (Guttmann, Lazar, 2004).

W literaturze można wyróżnić dwa sprzeczne poglądy dotyczące związku niepłodności i relacji małżeńskich – jeden z nich mówi o pogorszeniu się jakości więzi, drugi o umocnieniu uczucia i poprawie funkcjonowania pary. Badacze popierający pierwsze stanowisko akcentują m.in. pogorszenie się jakości współżycia seksualnego wskutek diagnozy i leczenia niepłodności, a także ogólne pogorszenie się relacji między partnerami, zwłaszcza w przypadku męskiej niepłodności (m.in.: Łepecka-Klusek, Bokiniec, 1994; Drosdzol, Skrzypulec, 2009; Onat, Beij, 2012). W publikacjach popierających drugie stanowisko podkreśla się, że małżeństwa niepłodne cechuje wysoki poziom zadowolenia ze związku, silne pozytywne więzi emocjonalne i brak konfliktów, wysoki stopień wzajemnego przystosowania się małżonków, podobny poziom jakości życia (m.in.: Humphrey, Humphrey, 1988; Chachamovich i in., 2009). Sprzeczności rezultatów badań wynikać mogą z charakterystyki osób badanych i z badanego etapu reakcji na diagnozę niepłodności. Kontakt z osobami, które niedawno uzyskały diagnozę niepłodności i nie zdążyły jeszcze pogodzić się z myślą o niej, zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania danych o zaburzonych relacjach partnerskich. Z podobną sytuacją można spotkać się również wówczas, gdy partnerzy mają odmienny stosunek do posiadania dzieci i leczenia niepłodności (Rosen Spector, 2004). Badanie osób, które zdecydowały się na leczenie, zwiększa natomiast szansę na uzyskanie danych o pozytywnych relacjach partnerskich.

2.2.2. Straty ciąży i ich następstwa psychologiczne

Wśród następstw poronienia znajdują się negatywne reakcje emocjonalne – żal po stracie i depresja oraz lęk. Toedter, Lasker i Janssen (2001) porównali wyniki badań dotyczących żalu po stracie prowadzonych w różnych krajach przez dziesięć lat. Taka reakcja po poronieniu częściej była przedmiotem badań w przypadku kobiet niż mężczyzn, występowała jednak u przedstawicieli obu płci, choć z reguły intensywniej u kobiet. Natężenie żalu po stracie wzrastało, jeśli do poronienia doszło w późniejszym okresie ciąży, co potwierdzili również badacze koncentrujący się wyłącznie na przeżyciach mężczyzn (Puddifoot, Johnson, 1999; McCreight, 2004). Mimo dużego natężenia bezpośrednio po poronieniu, intensywność żalu po stracie zmniejszała się w dwuletnim okresie obserwacji. Efekt ten był niezależny od okresu ciąży, w którym doszło do straty, choć czas trwania ciąży miał znaczenie dla początkowej intensywności reakcji. Wskaźniki żalu były istotnie niższe u osób pozostających w dobranym związku i/lub otrzymujących satysfakcjonujące wsparcie od rodziny i przyjaciół. Analizy porównawcze wykazały również, że intensywność żalu po stracie jest związana ze zmiennymi psychologicznymi. Żal był zdecydowanie intensywniejszy u osób z większym natężeniem neurotyczności oraz u osób, które przed poronieniem ujawniały problemy w zakresie zdrowia psychicznego, co potwierdzają również późniejsze publikacje (Akker van den, 2012). Ponadto osoby zgłaszające się do badań na ochotnika lub uczestnicy grup wsparcia dla osób po stracie uzyskiwali istotnie wyższe wskaźniki żalu w porównaniu z osobami dobranymi losowo. Wskaźniki żalu po stracie w badaniach prowadzonych w krajach europejskich były niższe niż w badaniach z terenu Stanów Zjednoczonych (Toedter, Lasker, Janssen, 2001). Wyniki te mogłyby wskazywać na możliwość istnienia kulturowego zróżnicowania reakcji po poronieniu. Przed postawieniem takiej hipotezy warto jednak uwzględnić metody rekrutowania do badań i okres ciąży, w jakim doszło do poronienia.

Innym następstwem poronienia są objawy depresyjne. Badania z udziałem dużych grup wskazują, że ryzyko pojawienia się silnej depresji po poronieniu jest 2,5 razy większe w porównaniu z grupą kontrolną, a ryzyko mniej nasilonej depresji 5,2 razy większe (Klier, Geller, Ritsher,

2002). Pojawienie się depresji jest ponadto bardziej prawdopodobne w przypadku kobiet roniących w późniejszym okresie ciąży, kobiet doświadczających powtarzających się poronień, a także kobiet o silnym pragnieniu posiadania dziecka (Klier Geller, Ritsher, 2002). Obniżenie nastroju bezpośrednio po poronieniu może występować częściej u kobiet przypisujących sobie odpowiedzialność za poronienie (Warsop, Ismail, Iliffe, 2004).

Analizy czynników sprzyjających depresji po poronieniu dokonała Swanson (2000) na podstawie podłużnych badań przeprowadzonych po czterech miesiącach i po roku od poronienia. Badaczka uwzględniała czas trwania ciąży, ewentualne wcześniejsze straty ciąży i liczbę posiadanych dzieci, wiek kobiety, jej sytuację materialną, dostępne wsparcie społeczne, styl radzenia sobie ze stresem i odporność psychiczną, a także zajście w kolejną ciążę po poronieniu. Przeprowadzone analizy ujawniły, że występowanie objawów depresji po roku od poronienia jest związane z większym znaczeniem przypisywanym stracie ciąży. Waga straty była wyraźnie większa w przypadku starszych kobiet, które wcześniej doświadczyły poronień, a także wówczas, gdy do poronienia doszło w bardziej zaawansowanej ciąży. Depresji sprzyjały również: niska odporność psychiczna, bierny styl radzenia sobie ze stresem i zła sytuacja materialna. Z występowaniem depresji pośrednio związana była również kolejna ciąża – kobiety, które zaszły w ciążę w ciągu roku od poronienia, przypisywały mniejszą wagę wcześniejszej stracie, a tym samym ujawniały mniej nasilone objawy depresji.

Wśród następstw poronienia wymieniany jest lęk (Brier, 2004; Cumming i in., 2007), a także objawy zespołu ostrego stresu i zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) (Bowles i in., 2006). Odsetek kobiet, które po przebytym poronieniu ujawniały wysokie wskaźniki lęku, był wyraźnie wyższy w porównaniu z grupami kontrolnymi (Brier, 2004), a podwyższone wskaźniki lęku utrzymywały się przez kilka lub kilkanaście miesięcy (Brier, 2004; Cumming i in., 2007), również u partnerów kobiet, które poroniły (Cumming i in., 2007). U części kobiet doświadczających poronienia można rozpoznać objawy zespołu ostrego stresu, a także zaburzenia po stresie traumatycznym. Analizy dokonane przez Bowles i współpracowników (2006) wskazują, że 28% kobiet ujawnia objawy zespołu ostrego stresu bezpośrednio po poronieniu, a 39% kobiet objawy

zaburzenia po stresie traumatycznym w miesiąc po poronieniu. Ryzyko wystąpienia zespołu ostrego stresu jest większe u kobiet, które w okresie ciąży miały problemy zdrowotne, czuły się odpowiedzialne za poronienie, nawiązały silną więź z dzieckiem, a także wśród kobiet doświadczających fizycznej i emocjonalnej przemocy w okresie dzieciństwa (Bowles i in., 2006). Pojawienie się objawów ostrego stresu zwiększało również prawdopodobieństwo wystąpienia po miesiącu objawów PTSD. Inne badania nad PTSD po poronieniu (Brier, 2004) wskazują, że intensywność objawów nie różni się od obserwowanych w przypadku innych traumatycznych przeżyć.

Choć wyniki prezentowanych badań wskazują, że reakcje mężczyzn po poronieniu mogą wydawać się mniej intensywne lub mniej otwarcie prezentowane otoczeniu (Klier, Geller, Ritshier, 2002), to pojawiają się również doniesienia, zgodnie z którymi wzorzec obserwowanej reakcji jest inny. W badaniach Conway i Russell (2000) stwierdzono, że mężczyźni równie często jak kobiety po trzech tygodniach od poronienia przeżywają silny smutek, a ich wskaźniki żalu po stracie są istotnie wyższe niż w przypadku kobiet. Różnica ta zanika po czterech miesiącach od poronienia. W przypadku poronienia sytuacja mężczyzny jest szczególna – doświadcza on straty i jednocześnie wspiera swą partnerkę. Pełnienie tej drugiej roli może blokować wyrażanie własnych uczuć, gdyż ich silna ekspresja przyczyniłaby się – zdaniem mężczyzny – do zwiększenia psychicznych obciążeń doznawanych przez kobietę. Sposób ekspresji emocji jest również wyznaczony przez społeczne standardy, a te nakładają na mężczyzn obowiązek ukrywania swych słabości. Otoczenie pary doświadczającej straty koncentruje się z reguły na przeżyciach kobiet i rzadko interesuje się emocjami mężczyzn, co potęguje ich trudności z ujawnianiem własnych uczuć. Rezultaty uzyskiwane na podstawie analiz uczuć mężczyzn wskazują na przeżywanie przez nich po poronieniu bardzo silnych emocji (Puddifoot, Johnson, 1999; Conway, Russell, 2000; McCreight, 2004; Barton-Smoczyńska, 2006).

Zakłócenia relacji małżeńskich w konsekwencji poronienia były z reguły badane z perspektywy kobiet. W jednym z badań proszono je – po kilku tygodniach i po roku od poronienia – o scharakteryzowanie interpersonalnych i seksualnych relacji z partnerami. Opisano trzy wzorce funkcjonowania par: (1) pary, w których nic się nie zmieniło w porównaniu

z okresem przed poronieniem, (2) pary, w których wzrosła wzajemna bliskość, (3) pary, w których wzrósł dystans. W dwu pierwszych wzorcach relacji kobiety lepiej radziły sobie z emocjonalnymi skutkami poronienia i oceniały stratę jako mniej dotkliwą, ich partnerzy ujawniali więcej zachowań opiekuńczych, a komunikacja w diadzie była bardziej otwarta i sprzyjała wyrażaniu emocji (Swanson i in., 2003). Rezultaty te wskazują na znaczenie otwartej komunikacji i wsparcia ze strony mężczyzny dla radzenia sobie przez kobietę ze skutkami poronienia. Niektóre pary nie funkcjonują po poronieniu równie dobrze jak wcześniej. W grupie 185 badanych par pogorszenie relacji interpersonalnych po roku od poronienia zgłosiło 32%, a pogorszenie relacji seksualnych 39% kobiet. Prawdopodobieństwo zajścia w kolejną ciążę było wśród tych kobiet niższe niż wśród badanych o równie dobrych lub lepszych niż przed poronieniem relacjach z partnerem (ibid.).

Badania skutków nawykowych poronień dla relacji małżeńskich podjęli Serrano i Lima (2006). Uczestniczyło w nich 30 par, które nie posiadały dzieci i straciły w wyniku poronienia co najmniej 3 kolejne ciąże. U partnerów stwierdzono objawy żalu po stracie i objawy zaburzenia po traumatycznym stresie – bardziej nasilone u kobiet niż u mężczyzn. Ogólna ocena funkcjonowania związku przez kobiety i mężczyzn była podobna, ale wystąpiły różnice w wybranych aspektach. Pojawienie się problemów seksualnych (zmniejszenie częstości współżycia, osiąganej satysfakcji, spadek libido) częściej zgłaszały kobiety. Kobiety częściej niż mężczyźni ujawniały potrzebę bliskiego kontaktu fizycznego (przytulania i dotykania) niezwiązanego z aktywnością seksualną. Prawie połowa kobiet i 1/3 mężczyzn relacjonowała zwiększone poczucie bliskości z partnerem, co wskazywałoby na możliwość pojawienia się pozytywnych zmian po wielokrotnym doświadczeniu straty. Ocena związku z partnerem i relacji seksualnych korelowała ujemnie z intensywnością żalu po stracie. Na podobną zależność zwrócili uwagę inni badacze (Klier, Geller, Ritsher, 2002; Sikora, 2005). Bardziej prawdopodobny wydaje się przy tym kierunek zależności, zgodnie z którym przeżywane emocje modyfikują ocenę aktualnej sytuacji życiowej. Serrano i Lima (2006) zwrócili uwagę na zróżnicowanie partnerów – w przypadku kobiet intensywny żal sprzyja negatywnej ocenie komunikacji, a w przypadku mężczyzn negatywnej ocenie życia seksualnego.

Skutki straty ciąży dla pełnienia roli rodzica mogą dotyczyć postaw rodzicielskich, a także więzi emocjonalnych z kolejnymi dziećmi. Ilustrują to wyniki dwu badań, w których uczestniczyły liczne grupy i stosowano standaryzowane narzędzia pomiaru. W pierwszym z nich analizowano relacje z małym dzieckiem, uwzględniając wcześniejsze straty ciąży (Price, 2008), a uczestnicząca w nim ponad 10-tysięczna grupa kobiet dobierana była losowo. Potwierdzono związek przebytego poronienia z podwyższonymi wskaźnikami objawów depresji. Nie stwierdzono natomiast niekorzystnych następstw poronienia dla relacji emocjonalnych z dziećmi i dla wzorców interakcji matka–dziecko. W cytowanym badaniu nie kontrolowano czasu, jaki upłynął między stratą ciąży a przyjściem na świat kolejnego dziecka, ani momentu ciąży, w którym doszło do poronienia, co nie pozwala wnioskować o przebiegu procesu żałoby. Uzyskane rezultaty pozostają jednak w sprzeczności z wynikami badań grup klinicznych, w których częściej obserwowano negatywne wzorce relacji z dzieckiem (O'Leary, 2004).

Drugie badanie koncentrowało się na funkcjonowaniu osób, których rodzice utracili dziecko w okresie ciąży lub wkrótce po porodzie (Pantke, Slade, 2006). Uczestnikami badań była trzystuosobowa grupa studentów, którzy udzielali informacji o stracie/braku straty oraz wypełniali zestaw kwestionariuszy pozwalających ocenić sposób pełnienia ról rodzicielskich przez ich matki i ojców, poczucie własnej wartości oraz stan zdrowia psychicznego. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie poczucia własnej wartości i wskaźników zdrowia psychicznego między osobami, które przyszły na świat po lub przed stratą dziecka, a także osobami z rodzin, które nie doświadczyły takiej straty. Uzyskane rezultaty wskazują jednak na istnienie pewnych następstw straty ciąży. Badani, których rodzice doświadczyli straty, częściej (niż osoby, których rodzice nie doświadczyli straty) spostrzegali swoje matki (ale nie ojców) jako nadopiekuńcze i kontrolujące. Zależność ta była słabsza w przypadku poronienia niż w przypadku straty po porodzie. Nadopiekuńczość i nadmierna kontrola charakteryzowały zwłaszcza relacje rodziców z dziećmi, które przyszły na świat po uprzedniej stracie. Stwierdzono, że u badanych, których matki prezentowały takie zachowania rodzicielskie, wskaźniki własnej wartości i samopoczucia były istotnie niższe niż u osób, których matki doświadczyły straty, ale nie były tak nadopiekuńcze i kontrolujące. W przypadku ojców

nadopiekuńczość i nadmierna kontrola sprzyjały niższemu poczuciu własnej wartości u badanych osób niezależnie od historii straty, jakiej doświadczyli rodzice. W cytowanych badaniach skutki straty w postaci specyficznego zachowania rodzica były wyraźniejsze u matek. Nie można wykluczyć, że nadopiekuńczość i nadmierna kontrola były ich sposobem na radzenie sobie z poczuciem winy związanym ze stratą. Ojcowie mogą w mniejszym stopniu czuć się winni lub inaczej sobie radzić z poczuciem winy. Często są również mniej zaangażowani w proces wychowania, stąd ich funkcjonowanie w mniejszym stopniu oddziałuje na dzieci. Omawiane badania oparte były na relacjach młodych osób o sobie i swoich rodzicach przedstawianych wiele lat po stracie. Nie odnotowano w nich różnic w zakresie zmiennych psychologicznych. Wyniki badań pozwalają na sformułowanie dość optymistycznego wniosku – przyjście na świat w rodzinie, w której doszło do poronienia, nie pociąga za sobą długofalowych efektów w postaci zakłóceń poczucia własnej wartości czy równowagi emocjonalnej.

Choć przedstawione wyniki obu badań nie wskazują na istnienie negatywnych skutków poronienia dla relacji z dzieckiem w krótszej i dłuższej perspektywie czasowej, to nie można wykluczyć istnienia takich następstw. Problemy emocjonalne po stracie ciąży mogą tak zmieniać zachowanie rodziców, że zmodyfikują wzorce reakcji emocjonalnych u ich dzieci. Wykazały to prospektywne badania Heller i Zeanaha (za: Pantke, Slade, 2006). Stwierdzono w nich, że 45% dzieci, które przyszły na świat 19 miesięcy po stracie ciąży, ujawniło lękowe wzorce przywiązania. Prawidłowy przebieg okresu żałoby i podjęcie decyzji o urodzeniu kolejnego dziecka po przepracowaniu straty, a także otwarte komunikowanie się w rodzinie na temat zmarłego dziecka, wydają się ważnymi elementami łańcucha okoliczności, które przeciwdziałają skutkom zespołu zastępczego lub chronionego dziecka (patrz blok rozszerzający 2.2).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2.2

Zespół zastępczego dziecka i zespół chronionego dziecka
W dyskusjach nad znaczeniem przebytego poronienia dla relacji rodziców z dzieckiem, które przychodzi na świat w wyniku kolejnej ciąży, pojawiają się określenia „zespół zastępczego dziecka" i „zespół chronionego dziecka" (*the replacement child syndrome* oraz *the vulnerable child syndrome*) (Lamb, 2002; O'Leary, 2004; Pantke, Slade, 2006). Z **zespołem zastępczego dziecka** mamy do czynienia wówczas, gdy rodzice, którzy nie zakończyli procesu żałoby, mają trudności z adaptacją do kolejnej ciąży, przeżywają w czasie jej trwania konfliktowe uczucia, a nawiązywanie relacji z kolejnym dzieckiem traktują jako wyraz ignorowania pamięci o zmarłym. Stąd mogą pojawiać się trudności w traktowaniu kolejnego dziecka jako nowej, odrębnej indywidualności, gdyż jego obecność staje się głównie sposobem na wyciszenie poczucia straty. Ryzyko pojawienia się tego zespołu wynika z zakłócenia przeżywania żałoby, z sytuacji kwestionowania przez otoczenie żalu po poronieniu i z trudności z nawiązywaniem więzi emocjonalnej z dzieckiem z kolejnej ciąży, będących naturalnymi konsekwencjami straty (Kornas-Biela, 1993; O'Leary, 2004). Z **zespołem dziecka chronionego** mamy do czynienia wówczas, gdy rodzice doświadczeni poronieniem (lub późniejszą stratą dziecka) traktują kolejnego potomka jako osobę wymagającą specjalnej troski i ochrony przed zagrożeniem (Côté-Arsenault, 2003; O'Leary, 2004). Prowadzi to do rozwoju postaw nadopiekuńczych, ograniczania aktywności i kontaktów społecznych dziecka, a także ograniczenia więzi emocjonalnej z nim z obawy przed kolejną stratą. Charakterystyka obu zespołów wskazuje, że następstwa straty ciąży dla kolejnych dzieci mogą być negatywne i długofalowe, co potwierdzają obserwacje kliniczne (Barton-Smoczyńska, 2006). Częstość występowania obu zespołów nie jest jednak znana, gdyż o ich powszechności lub uniwersalności trudno wnioskować wyłącznie na podstawie danych klinicznych.

Źródło: opracowanie własne.

2.3. Przezwyciężanie trudności prokreacyjnych – na przykładzie niepłodności

Pojawienie się problemów prokreacyjnych stawia partnerów przed koniecznością podjęcia decyzji co do sposobu postępowania – uzyskania diagnozy, rozpoczęcia leczenia, w tym leczenia niepłodności, podjęcia

starań o adopcję, zaakceptowania bezdzietności. Opcje te tylko pozornie wydają się rozłączne. Analiza sytuacji niepłodnych par pokazuje bowiem typową drogę – od procedur diagnostycznych, przez leczenie, do decyzji o adopcji lub pozostaniu bezdzietnymi w przypadku niepowodzenia leczenia (Bielawska-Batorowicz, 2006; Akker van den, 2012). Taka kolejność potwierdza głębokie zakorzenienie przekonania, że w relacjach rodzinnych najważniejsze są więzy biologiczne. Rozwój metod leczenia niepłodności wydatnie zwiększył dążenie niepłodnych par do posiadania własnego dziecka (Miller, 2004). W przypadku niepłodności niepowodzenie leczenia rzuca na niepłodne pary kolejne piętno – nie tylko nie są w stanie, jak inni, począć dziecka, ale również „nie dają się wyleczyć". Dla niektórych osób decyzja o adoptowaniu dziecka może być ostatecznym potwierdzeniem własnej niesprawności, stąd przedłużanie leczenia i odkładanie na przyszłość momentu jego zaprzestania lub pozostawianie decyzji o zaprzestaniu leczenia lekarzom (Bielawska-Batorowicz, 1994). Tym samym zadaniem pary jest wybór sposobu postępowania po pojawieniu się trudności prokreacyjnych, a także uwzględnienie ewentualnego niepowodzenia starań o własne biologiczne dziecko i wczesne zaakceptowanie innych rozwiązań – adopcji lub bezdzietności.

2.3.1. Techniki wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności

Leczenie niepłodności obejmuje metody, które mają na celu usunięcie przyczyn uniemożliwiających poczęcie dziecka. Zalicza się do nich farmakologiczne wywoływanie jajeczkowania, stymulację lub suplementację fazy lutealnej cyklu, leczenie balneoklimatyczne i fizykoterapeutyczne, operacyjne leczenie niepłodności kobiecej lub męskiej, farmakologiczne leczenie zaburzonej spermatogenezy. Gdy metody te nie przynoszą efektów, wówczas mogą być stosowane techniki rozrodu wspomaganego –

> grupa różnorodnych metod terapeutycznych mających na celu uzyskanie ciąży z pominięciem jednego lub kilku etapów naturalnego rozrodu: złożenia nasienia w pochwie, kapacytacji i transportu plemników przez kanał szyjki, jamę macicy, światło jajowodów do jamy otrzewnowej,

dojrzewania komórki jajowej, jajeczkowania, przechodzenia plemników przez osłonkę przejrzystą, zaplemnienia, transferu komórki jajowej lub blastocysty do jajowodów i jamy macicy (*Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności*, 1996, s. 1).

Zasadniczo każdą interwencję medyczną w przebieg prokreacji można by nazwać „wspomaganym rozrodem". Jednakże w literaturze przyjęło się stosowanie tego terminu tylko wobec niektórych sposobów postępowania – tych, które pomijają lub modyfikują naturalne etapy rozrodu. Ich listę przedstawia tabela 2.4. Techniki wspomaganego rozrodu umożliwiają posiadanie własnego biologicznego potomka. W niektórych przypadkach do ciąży dochodzi w wyniku zastosowania gamet dawców, co sprawia, że dziecko nie jest związane genetycznie z jednym lub z obojgiem rodziców. Rozróżnienie to zostało uwzględnione w tabeli 2.4.

TABELA 2.4

Techniki wspomaganego rozrodu

Techniki, które nie naruszają więzi genetycznej rodziców z dzieckiem	**Techniki, które naruszają więź genetyczną rodziców z dzieckiem**
• Zapłodnienie pozaustrojowe (IVF – *in vitro fertilization*) • Zapłodnienie pozaustrojowe z docytopazmatyczną iniekcją plemnika (IVF-ICSI – *intra cytoplasmic sperm injection*) • Techniki towarzyszące IVF, związane z dojajowodowym przenoszeniem gamet (GIFT – *gamete intrafallopian transfer*) lub zygot (ZIFT – *zygote intrafallopian transfer* albo TUB – *tubal embryo transfer*) • Inseminacja domaciczna nasieniem męża/partnera (IUI-H – *intrauterine insemination using husband/partner semen*) • Macierzyństwo zastępcze w postaci ciążowej (*gestational surrogacy*)	• Inseminacja domaciczna nasieniem dawcy (IUI-D – *intrauterine insemination using donor semen*) • Macierzyństwo zastępcze w postaci genetycznej (*genetic surrogacy*) • Zapłodnienie pozaustrojowe z wykorzystaniem komórek rozrodczych (plemnika, komórki jajowej lub obu gamet) dawców

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bielawska-Batorowicz (2008); Radwan, Wołczyński (2011); Akker van den (2012); Amudha i in. (2013).

Najpopularniejsza z technik wspomaganego rozrodu – zapłodnienie pozaustrojowe, które jest stosowane od ponad 30 lat[5] i przyniosło swemu twórcy, Robertowi Edwardsowi, w 2010 r. Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny – spotyka się z licznymi kontrowersjami. Dzieje się tak również w Polsce (Radkowska-Walkowicz, 2012, 2013). Podobnie kontrowersyjne są inne techniki wspomaganego rozrodu, w tym te, które wykorzystują gamety dawców (Bielawska-Batorowicz, 2004; Bidzan, 2010).

W ostatnim czasie w kontekście leczenia niepłodności pojawiło się pojęcie „naprotechnologii”[6], oznaczające systematyczne podejście do diagnozy i terapii niepłodności, które powinno zwiększyć szansę na poczęcie dziecka w warunkach fizjologicznych. Diagnoza skoncentrowana jest na ocenie przebiegu cyklu miesiączkowego i zaburzeń hormonalnych, a leczenie uwzględnia głównie stymulację owulacji, wspomaganie produkcji i parametrów śluzu szyjkowego, hormonalną suplementację fazy lutealnej cyklu miesiączkowego (Stanford, Parnell, Boyle, 2008). Naprotechnologia jest traktowana jako alternatywa dla technik wspomaganego rozrodu – zwłaszcza przez ich przeciwników. Dane dotyczące jej efektywności są jednak rzadko publikowane w naukowych czasopismach[7].

Stosowanie technik wspomaganego rozrodu – zwłaszcza zapłodnienia pozaustrojowego – staje się coraz częstszą praktyką (Vlaisavljević i in., 2010; Ferraretti i in., 2013). Według dostępnych danych (Ferraretti i in., 2013) w 2009 r. w 34 krajach Europy przeprowadzono 537 463 cykle leczenia z wykorzystaniem technik wspomaganego rozrodu (w tym 401 705 cykli z zastosowaniem IVF i/lub ICSI). W 21 krajach, w których wszystkie placówki oferujące leczenie zobowiązane są do składania raportów, dało to wskaźnik 1067 cykli na milion mieszkańców (w 2008 wskaźnik ten wynosił 947). Dane dla Polski wynoszą 6319 cykli IVF w 2008 r. (Radwan M., 2011). W krajach, w których rejestry urodzeń odnotowują również techniki rozrodu wspomaganego, odsetek noworodków przychodzących na świat z ich wykorzystaniem wynosi od 1% (Szwajcaria) do prawie 4% (Dania) (Akker van den, 2012).

Kwestią istotną pozostaje efektywność technik rozrodu wspomaganego. Jednym z jej wskaźników jest odsetek ciąż uzyskanych w cyklu leczenia. Wskaźnik ten wynosi 32,9% dla IVF, 32,0% dla ICSI, 8,3% dla IUI-H oraz 13,4% dla IUI-D (oznaczenia jak w tab. 2.4) (Ferraretti i in., 2013). Inni

autorzy podają podobne dane, zwracając uwagę na spadającą efektywność leczenia w przypadku starszych kobiet (Jacobs, O'Donohue, 2007). Podnoszona jest również kwestia następstw wspomaganego rozrodu – zwłaszcza jego oddziaływania na stan zdrowia dzieci.

Badania dotyczące stanu zdrowia dzieci, które przychodzą na świat w wyniku wspomaganej prokreacji, zwracają uwagę na możliwości wystąpienia powikłań. Jednym z czynników ryzyka może być przechowywanie gamet w niskiej temperaturze (Squires, Kaplan, 2007); drugim – możliwość uszkodzenia gamet w wyniku stosowania mikroiniekcji plemnika. Ponadto w przypadku ICSI w rozrodzie uczestniczą pojedyncze wyselekcjonowane plemniki, które mogłyby nie brać udziału w naturalnie przebiegającym procesie. Może to owocować częstszym przekazywaniem potomstwu anomalii związanych z chromosomem Y (Squires, Kaplan, 2007; Radwan, Radwan, Kurzawa, 2011; Akker van den, 2012). Przeglądy badań wskazują, że w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego częściej dochodzi do ciąży mnogiej, do przedwczesnego porodu, niższa jest masa urodzeniowa dzieci, wyższe są wskaźniki umieralności okołoporodowej (Akker van den, 2012). Prawdopodobne wydaje się stanowisko, zgodnie z którym powikłany przebieg ciąży oraz częstsze porody przedwczesne są raczej związane z ciążami mnogimi, a także ze starszym wiekiem matek niż z zastosowanym leczeniem niepłodności (Radwan, Radwan, Kurzawa, 2011).

Ważną kwestią jest również możliwość pojawiania się wad wrodzonych u dzieci. Dane dla różnych krajów wskazują, że wady takie nie pojawiają się po IVF wyraźnie częściej niż w całej populacji – np. według danych z narodowego rejestru urodzeń w Szwecji ryzyko to wynosi 1,15, a według danych z rejestru w Danii – 1,2. Nieco większe ryzyko dotyczy stosowania ICSI (ibid.). W badaniu neurologicznym dzieci dwuletnich nie wykazano zaburzeń (Schendelaar i in., 2011), co może wskazywać na brak zdrowotnych następstw technik rozrodu wspomaganego. Niemniej prowadzone obserwacje wskazują, że dzieci urodzone w wyniku zastosowania technik rozrodu wspomaganego są dłużej hospitalizowane w oddziale noworodkowym, a także częściej i dłużej hospitalizowane w 1 r.ż. w porównaniu z dziećmi poczętymi bez interwencji medycznej (Hansen i in., 2008). Prowadzone w różnych krajach badania dzieci

urodzonych w wyniku zastosowania wspomaganej prokreacji pozwolą rozstrzygnąć wątpliwości związane z bezpieczeństwem ingerencji w fizjologię rozrodu.

2.3.2. Rozwój dzieci urodzonych w wyniku zastosowania technik rozrodu wspomaganego

Rozwój psychiczny i społeczny dzieci urodzonych w wyniku zastosowania omawianch technik był przedmiotem programu badawczego „European Study of Assisted Reproduction Families", prowadzonego w Holandii, Wielkiej Brytanii, we Włoszech i w Hiszpanii (Golombok, Brewaeys, Cook, 1996; Golombok i in., 2002). Badaniami objęto rodziny powstałe w wyniku IVF i IUI-D, a grupami odniesienia były rodziny adopcyjne i rodziny, w których nie wystąpił problem niepłodności. Badania prowadzono w 8 i 12 r.ż. dzieci. Zastosowano narzędzia do oceny rozwoju dzieci i ich poczucia własnej wartości, kwestionariusze pozwalające określić ich zachowanie (wypełniane przez matkę i nauczyciela), a także kwestionariusze do oceny relacji rodzice–dziecko i do oceny stresu związanego z pełnieniem roli rodzicielskiej. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w żadnym z badanych aspektów, co wskazuje, że rozwój i funkcjonowanie społeczne dzieci poczętych w wyniku wspomaganego rozrodu przebiega podobnie do rozwoju dzieci, których rodzice nie doświadczyli niepłodności. W Wielkiej Brytanii przeprowadzono także badania nad następstwami IVF z udziałem osiemnastolatków (Golombok i in., 2009), i też nie wykazano różnic w społecznym funkcjonowaniu.

Rozwój poznawczy dzieci w początkowych latach życia był przedmiotem badania dzieci urodzonych w Wielkiej Brytanii w latach 2000–2002 („Millennium Cohort Study"). Uczestniczyło w nim ponad 14 tys. dzieci (w tym również dzieci urodzone w wyniku IVF i ICSI), których rozwój oceniono w 3 r.ż. (Carson i in., 2010). Dzieci urodzone w wyniku wspomaganej prokreacji rozwijały się tak samo, jak pozostałe, a niektóre wyniki wykazały u nich nawet rozwój przyspieszony o 2–4 miesiące w stosunku do rówieśników. Do podobnych wniosków doszli Ponjaert-Kristoffersen i współautorzy (2004), porównujący w kilku krajach rozwój pięcioletnich dzieci poczętych w wyniku ICSI z rozwojem ich rówieśników

– nie stwierdzono różnic w rozwoju poznawczym, wykazano natomiast mniejszą liczbę problemowych zachowań u dzieci w grupie ICSI.

2.3.3. Relacje w rodzinie powstałej w wyniku zastosowaniu technik rozrodu wspomaganego

Wczesne kontakty z dzieckiem, które przyszło na świat w wyniku IVF, analizowali Holditch-Davis, Sandelowski i Glenn Harris (1999), uwzględniając kontakty z niemowlęciem w pierwszym miesiącu jego pobytu w rodzinie w trzech typach rodzin: par niepłodnych, rodziców adopcyjnych, par bez problemów z płodnością. Badacze obserwowali zachowania rodziców wobec dziecka w czasie karmienia i czynności higienicznych, podczas różnych rodzajów interakcji z dzieckiem (np. dotykanie, przytulanie, kołysanie) oraz mierzyli czas ich trwania. Obserwacji i pomiarów dokonywano odrębnie dla matek i ojców. Rejestrowano również zachowania dzieci i ich stan fizjologiczny w czasie snu i czuwania. Uzyskane rezultaty wykazały, że w przypadku rodzin adopcyjnych matki i ojcowie w podobny sposób angażowali się w kontakty z dzieckiem. Wśród rodziców biologicznych (także po IVF) zaangażowanie matek było częstsze i intensywniejsze niż zaangażowanie ojców. Matki adopcyjne w porównaniu z pozostałymi grupami rzadziej przytulały dziecko i patrzyły na nie, także w czasie karmienia. W przypadku mężczyzn historia niepłodności wyraźnie modyfikowała kontakty z dzieckiem, sprzyjając ich intensyfikacji, co było szczególnie widoczne u ojców adopcyjnych, którzy ujawniali wyższy poziom zaangażowania niż ojcowie biologiczni. Problemy z poczęciem dziecka w różny sposób oddziaływały więc na kontakty kobiet i mężczyzn z dziećmi – osłabiły relacje kobiet, lecz wzmocniły relacje mężczyzn.

Danych dotyczących sytuacji rodzin ze starszymi dziećmi dostarczają badania McMahon i współautorów (2003) dotyczące pięcioletnich dzieci wychowywanych przez pary po IVF i przez pary bez problemów z płodnością. W obu grupach rodziców stwierdzono podobne natężenie stresu związanego z opieką nad dzieckiem. Istotny dla relacji z dzieckiem okazał się przy tym nie tyle fakt poddania się IVF, ile czas trwania leczenia – pary, które przebyły większą liczbę cykli IVF, charakteryzowały się lepszą jakością relacji małżeńskich, mniejszym natężeniem stresu

związanego z wychowaniem dziecka, wyżej ceniły sobie rodzicielstwo i posiadanie dziecka. Zatem IVF nie oddziałuje niekorzystnie na relacje rodziców z dziećmi. Potwierdził to również systematyczny przegląd badań dokonany przez Hammarberg, Fisher i Wynter (2008).

Czy podobnych następstw można spodziewać się w przypadkach wykorzystania gamet dawców i macierzyństwa zastępczego? Przegląd badań uwzględniających funkcjonowanie rodzin, w których partnerzy nie mieli problemów z płodnością i rodzin, które powstały w wyniku zastosowania nasienia dawcy lub komórki jajowej dawczyni wskazują, że tak jest. Najważniejsze wyniki przedstawione są w tabeli 2.5. Warto zwrócić uwagę, że badania, jakie uwzględnili w swym przeglądzie Bos i van Balen (2010) prowadzono w różnych krajach, z udziałem grup o różnej liczebności. Kryterium ich włączenia do systematycznego przeglądu była analiza pełnienia roli rodzicielskiej i psychospołecznego funkcjonowania dziecka. Używano w nich jednak różnych narzędzi badawczych, nie zawsze również kontrolowano wiedzę dzieci o historii powstania ich rodziny. Przegląd wskazuje, że wzrastanie w rodzinach, które powstały w wyniku zastosowania gamet dawców, nie przynosi negatywnych następstw dla rozwoju dziecka, a jakość relacji z dzieckiem i sposobu pełnienia roli rodzica wydaje się nawet lepsza w porównaniu z tą jakością w rodzinach bez zaburzeń płodności.

TABELA 2.5

Skutki wspomaganej prokreacji z użyciem gamet dawców dla funkcjonowania rodziny

Typ rodziny	Funkcjonowanie rodziny i dziecka*
Rodziny po zastosowaniu zapłodnienia nasieniem dawcy (IUI-D)	• Pełnienie roli rodzicielskiej ↑ • Zaangażowanie mężczyzny w wychowanie dziecka ↑ • Emocje okazywane dziecku ↑ • Rozwój dziecka ↔ • Jakość relacji mężczyzny z dzieckiem i stosowane metody wychowawcze ↔ • Negatywne zachowanie dziecka wobec ojca ↑
Samotne matki po zastosowaniu IUI-D	• Zaangażowanie kobiety w wychowanie dziecka ↔ • Intensywność interakcji dzieci w wieku 6–12 lat z matkami ↑

	• Ocena własnych kompetencji poznawczych i społecznych przez dziecko w wieku 6 lat ↓ • Dobrostan dziecka w wieku 12 lat ↔ • Niepokój, depresja, wrogość, nadużywanie alkoholu w wieku 19 lat ↓
Rodziny powstałe w wyniku dawstwa komórek jajowych	• Pełnienie roli rodzica, relacje z dzieckiem, emocje okazywane dziecku ↑ • Rozwój psychomotoryczny dziecka ↔ • Relacje dziecka z rówieśnikami ↔
Związki homoseksualne (żeńskie)	• Zaangażowanie matek w kontakty z dzieckiem i opiekę nad nim ↑ • Lęk separacyjny u matek ↓ • Przystosowanie społeczne dzieci ↔ • Problemowe zachowania eksternalizacyjne dziecka ↓ • Zaburzenia uwagi dziecka (w ocenie nauczycieli) ↑ • Ocena własnych kompetencji poznawczych i społecznych przez dziecko w wieku 6 lat ↓ • Dobrostan dziecka w wieku 12 lat ↔ • Niepokój, depresja, wrogość, nadużywanie alkoholu w wieku 19 lat ↓
Związki homoseksualne (męskie)	• Równomierny podział obowiązków rodzicielskich ↑ • Rozwój społeczny dzieci ↔ • Zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne, nadpobudliwość psychoruchowa dziecka ↔
Rodziny powstałe wskutek macierzyństwa zastępczego	• Zaangażowanie kobiety w wychowanie dziecka ↑ • Stres związany z pełnieniem roli rodzica ↓ • Rozwój dzieci w wieku 1, 2, 3 lat ↔

*w porównaniu z rodzinami heteroseksualnymi bez problemów z płodnością – ↑ oznacza wyższe wskaźniki, ↓ oznacza niższe wskaźniki, ↔ oznacza brak różnic

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bos, Balen van (2010); Casey i in. (2013).

Przyjście na świat w wyniku wspomaganej prokreacji nie musi więc stwarzać dziecku niekorzystnych warunków rozwoju. Rodzice bardzo pragnący dziecka, a do takich należą osoby podejmujące leczenie niepłodności, mogą nawiązać prawidłowe i pozytywne relacje z dzieckiem, nawet mimo braku genetycznej więzi z nim. Skoro podejmą leczenie niepłodności i nie rezygnują z niego, to można mówić o ich dużej

odporności na stres, braku zaburzeń emocjonalnych i korzystnych relacjach małżeńskich. Nie można wykluczyć jednak, że rodzice dzieci, które przyszły na świat po zastosowaniu technik wspomaganego rozrodu, idealizują rolę rodzica i negują trudności w kontakcie z dzieckiem. Chcą w ten sposób zminimalizować efekt własnej niepłodności, a także sprostać bardzo wysokim standardom roli rodzica, jakie wytworzyły się u nich w czasie długiego oczekiwania na narodziny dziecka.

Przypisy

[1] Zdrowie prokreacyjne rozumiane jest tutaj zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny związany z realizacją funkcji rozrodczych (Campbell i in., 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006). W literaturze używa się również terminu „zdrowie reprodukcyjne" (Bidzan, 2010).

[2] W literaturze można spotkać również inne kryteria, np.: 20 tydzień ciąży lub wagę płodu (McClure i in., 2009). Dane dotyczące urodzeń martwych przedstawiane przez GUS uwzględniają cały okres ciąży, z wyszczególnieniem okresu przed 28 i 22 tygodniem, a za kryterium czasowe urodzenia martwego przyjmuje się 22 tydzień ciąży (*Rocznik demograficzny 2012*, 2012).

[3] Por.: World Health Organization (2013).

[4] Więcej o zjawisku potraumatycznego wzrostu i metodach jego pomiaru oraz skutkach w: Ogińska-Bulik (2013).

[5] Pierwszy przypadek przyjścia na świat dziecka poczętego w wyniku IVF odnotowano w 1978 r. w Wielkiej Brytanii, a pierwszy przypadek w Polsce w roku 1987.

[6] *Natural Procreative Technology – NaProTechnology* (Stanford, Parnell, Boyle, 2008; Bidzan, 2010).

[7] W bazach Academic Search Complete i Medline uwzględniono 7 publikacji, z których tylko 2 (Stanford Parnell, Boyle, 2008; Tham, Schliep, Stanford, 2012) podają wyniki oryginalnych badań pozwalających ocenić skuteczność naprotechnologii (dostęp 21.02.2014).

Rozdział 3

Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym

Ewa Marat

3.1. Informowanie rodziców o zaburzeniach w rozwoju dziecka
    3.1.1. W jaki sposób należy przekazywać rodzicom diagnozę?
    3.1.2. Modelowa procedura informowania o zaburzeniach dziecka
3.2. Niepełnosprawność dziecka a zmiany w systemie rodzinnym
    3.2.1. Model żałoby i chronicznego smutku
    3.2.2. Stres rodzicielski
    3.2.3. Niepełnosprawność dziecka jako sytuacja kryzysowa
3.3. Adaptacja rodziców do niepełnosprawności dziecka
    3.3.1. Zespół wypalania sił u rodziców dzieci niepełnosprawnych
3.4. Rola wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie przez rodziców dzieci niepełnosprawnych
3.5. Społeczne, emocjonalne i adaptacyjne problemy doświadczane przez rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju
3.6. Pomoc dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

Przyjście na świat dziecka to dla większości rodzin bardzo ważny i szczęśliwy czas, ale gdy na świat przychodzi dziecko niepełnosprawne, rzeczywistość wygląda zupełnie inaczej. Zazwyczaj rodzice nie wiedzą, nie rozumieją, co dla nich i ich dziecka oznacza otrzymana diagnoza, nie mają świadomości, jak ogromna czeka ich praca, nie znają swoich osobowych zasobów, które mogą pomagać lub przeszkadzać w adaptacji do tej specyficznej sytuacji rodzicielskiej. W związku z tym doświadczają całej gamy różnorodnych emocji, wśród których najczęściej dominuje lęk, i zadają sobie pytania: „Dlaczego ja?", „Dlaczego właśnie moje dziecko?", „Jaka będzie jego przyszłość?" (Stelter, 2013).

W dotychczasowych badaniach nad rodzinami dzieci z zaburzeniami rozwoju ważne miejsce zajmują prace, które koncentrują się wokół stresu rodzicielskiego i umiejętności radzenia sobie z nim. Przyniosły one wiele ważnych i istotnych informacji, ale ich wyniki nie są jednoznaczne i nie odpowiadają w pełni na nurtujące badaczy pytania (Pisula, 2007). Wyraźnie pokazują, że rodziny i ich członkowie potrzebują pomocy, by móc dobrze radzić sobie z obciążeniami. Adaptacja tych rodzin może być bardzo skuteczna, ale rodzice, którzy nie otrzymują wsparcia, zrozumienia, mają poważny problem żeby zapewnić swoim dzieciom bezpieczne i dobre dzieciństwo. Dziecko niepełnosprawne bowiem, poza różnorodnymi specjalistycznymi formami rewalidacji, potrzebuje przede wszystkim psychicznej obecności rodziców, by mogło rozwijać się na miarę swoich ograniczonych możliwości. Tylko bliskie relacje z rodzicami są w stanie zapewnić również niepełnosprawnemu dziecku stabilizację emocjonalną i poczucie bezpieczeństwa, bo to właśnie wsparcie ze strony rodziców umożliwia pokonywanie trudności i ułatwia radzenie sobie z problemami ograniczonej samodzielności. W prawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym dziecko ma szanse wykorzystać pełen zakres posiadanych umiejętności i możliwości (Błeszyńska, 2001; Twardowski, 2008; Stelter, 2013).

Należy pamiętać, że nie tylko rodzice mają wpływ na rozwój dzieci, ale również dzieci mają swój udział w rozwoju indywidualnym rodziców (Harwas-Napierała, 2003c), ponieważ pełnienie roli matki i ojca stanowi źródło doświadczeń, które mają znaczenie dla rozwoju psychospołecznego dziecka, ale i człowieka dorosłego.

Badania dotyczące funkcjonowania rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym dostarczają interesujących wniosków, pokazujących, że bycie rodzicem dziecka z zaburzeniami rozwoju wiąże się z wieloma pozytywnymi i wzbogacającymi przeżyciami. Poważne problemy w rozwoju wiążą się oczywiście z różnorodnymi obciążeniami, ale jeśli są postrzegane przez rodzinę w kategorii wyzwania, absolutnie nie przekreślają szans na szczęśliwe życie (Pisula, 2007).

3.1. Informowanie rodziców o zaburzeniach w rozwoju dziecka

Badania i wywiady przeprowadzane z rodzicami dzieci niepełnosprawnych wykazują, że istotne znaczenie w procesie adaptacji do choroby dziecka ma fakt postawienia diagnozy i jej przekazania. Wynika z nich, że o tym, jak rodzice radzą sobie z problemem diagnozy niepełnosprawności dziecka, w znacznym stopniu decyduje sposób jej przekazania. Samo stwierdzenie faktu zaburzeń w rozwoju dziecka wiąże się zawsze ze **smutkiem** i **rozczarowaniem** rodziców, jednak część doświadczanych przez nich emocji jest wynikiem sposobu, w jaki ta informacja jest im przedstawiana (Jakoniuk-Diallo, Kubiak, 2010). O wadze tego sposobu świadczy fakt, że większość rodziców bardzo dokładnie pamięta moment, w którym była informowana o nieprawidłowościach zdiagnozowanych u dziecka. Niestety większość z nich wspomina również, że sposób przekazania diagnozy odbiegał od ich oczekiwań. Rodzice przyznają, że otrzymywali jedynie **diagnozę negatywną**, specjalista, stwierdzając istnienie zaburzeń u dziecka, koncentrował się na trudnościach w jego funkcjonowaniu, pomijając informacje o możliwościach wspierania jego rozwoju. Diagnoza często była przekazywana tylko jednemu z rodziców, najczęściej matce i to w warunkach braku intymności, kiedy nie ma możliwości zadania specjaliście pytań lub pozostają one bez odpowiedzi. To sprawia, że rodzice odczuwają lęk, niepokój, tracą zaufanie i podejrzewają, że z dzieckiem dzieje się coś bardzo niedobrego. W odmiennej, ale równie trudnej emocjonalnie sytuacji znajdują się rodzice, którzy jako pierwsi zaczęli podejrzewać, że u dziecka występują nieprawidłowości. Dla tych rodziców

diagnoza staje się swoistym lekiem na niepewność i zmniejsza ich lęk o dziecko. Nim jednak zdołają ją uzyskać, mija często wiele tygodni, a nawet miesięcy. Czas oczekiwania na diagnozę może odbierać im radość z kontaktu z dzieckiem, a jej uzyskanie staje się przyczyną kolejnych niepokojów i pytań (ibid.). **„Wczesne rozpoznanie zaburzeń występujących w rozwoju dziecka sprzyja adaptacji rodziców.** Wiąże się ono z:

- doświadczaniem przez nich mniejszego lęku,
- tworzeniem bardziej realistycznego obrazu dziecka,
- większą zgodnością ich oczekiwań z rzeczywistymi możliwościami dziecka,
- większym poczuciem kontroli nad wydarzeniami" (Pisula, 2007, s. 18).

Niestety, wiele zaburzeń rozwoju, mimo ich obecności u bardzo małych dzieci, trudno jest wykryć we wczesnym okresie życia. Na przykład autyzm jest rozpoznawany zazwyczaj dopiero u dzieci cztero- sześcioletnich, a czasem nawet starszych (Pisula, 2005); podobnie jest z innymi zaburzeniami, gdzie sam proces diagnozy i obserwacji rozwoju dziecka trwa w czasie. W takiej sytuacji rodzice przez pewien okres żyją w przeświadczeniu, że dziecko jest zdrowe i rozwija się prawidłowo, choć ich niepokój narasta, kiedy obserwują jego nietypowe zachowania. W ich relacje z dzieckiem na stałe zostaje wpisany **lęk**, który może negatywnie wpływać na samopoczucie, zarówno dziecka, jak i rodzica.

Dotychczasowe badania (np. Merelle i in., 2003) dostarczają jednoznacznych argumentów świadczących o tym, że wcześniejsze rozpoznanie problemów zdrowotnych dziecka korzystnie wpływa na przebieg adaptacji jego rodziców – doświadczają oni mniej negatywnych uczuć oraz mają większe zaufanie do specjalistów (Pisula, 2005). Inaczej dzieje się, kiedy diagnoza zostaje sformułowana później, np. gdy dziecko jest w wieku przedszkolnym – większe jest wtedy prawdopodobieństwo, że rodzice zareagują niedowierzaniem, uruchomieniem silnego mechanizmu zaprzeczania i będą poszukiwać innych specjalistów (Kruk-Lasocka, 1990; Pisula, 2005). Jeżeli natomiast diagnozowanie problemów trwa długo i rodzice doświadczają długotrwałego napięcia, to często po otrzymaniu diagnozy odczuwają ulgę. Takie reakcje spotykają się często z niezrozumieniem ze strony specjalistów i są błędnie interpretowane jako

przejaw obojętności wobec dziecka (Sullivan, 1979; Pisula, 2005). Tymczasem wynikają one z oczekiwania, że po rozpoznaniu dziecko i oni sami otrzymają odpowiednią, skuteczną pomoc, i jednocześnie jest to zakończenie okresu pełnego niepewności i lęku. Zaburzenie zostaje nareszcie nazwane i już sam ten fakt może powodować, że w odczuciu rodziców staje się mniej groźne.

W szczególnej sytuacji znajdują się kobiety, które o zaburzeniach w rozwoju dziecka dowiadują się w okresie ciąży. Badania Tymstry, Bosbooma i Boumana (2004) (odnoszące się do zaburzeń genetycznych) pokazują, że w takiej sytuacji rodzice podejmują wiele działań: poszukują wszelkich dostępnych informacji, kontaktują się z organizacjami i specjalistami, żeby lepiej poradzić sobie z wątpliwościami, przerażeniem i bólem, którego doświadczają podczas oczekiwania przyjścia na świat dziecka obciążonego konkretną chorobą genetyczną (Pisula, 2005).

3.1.1. W jaki sposób należy przekazywać rodzicom diagnozę

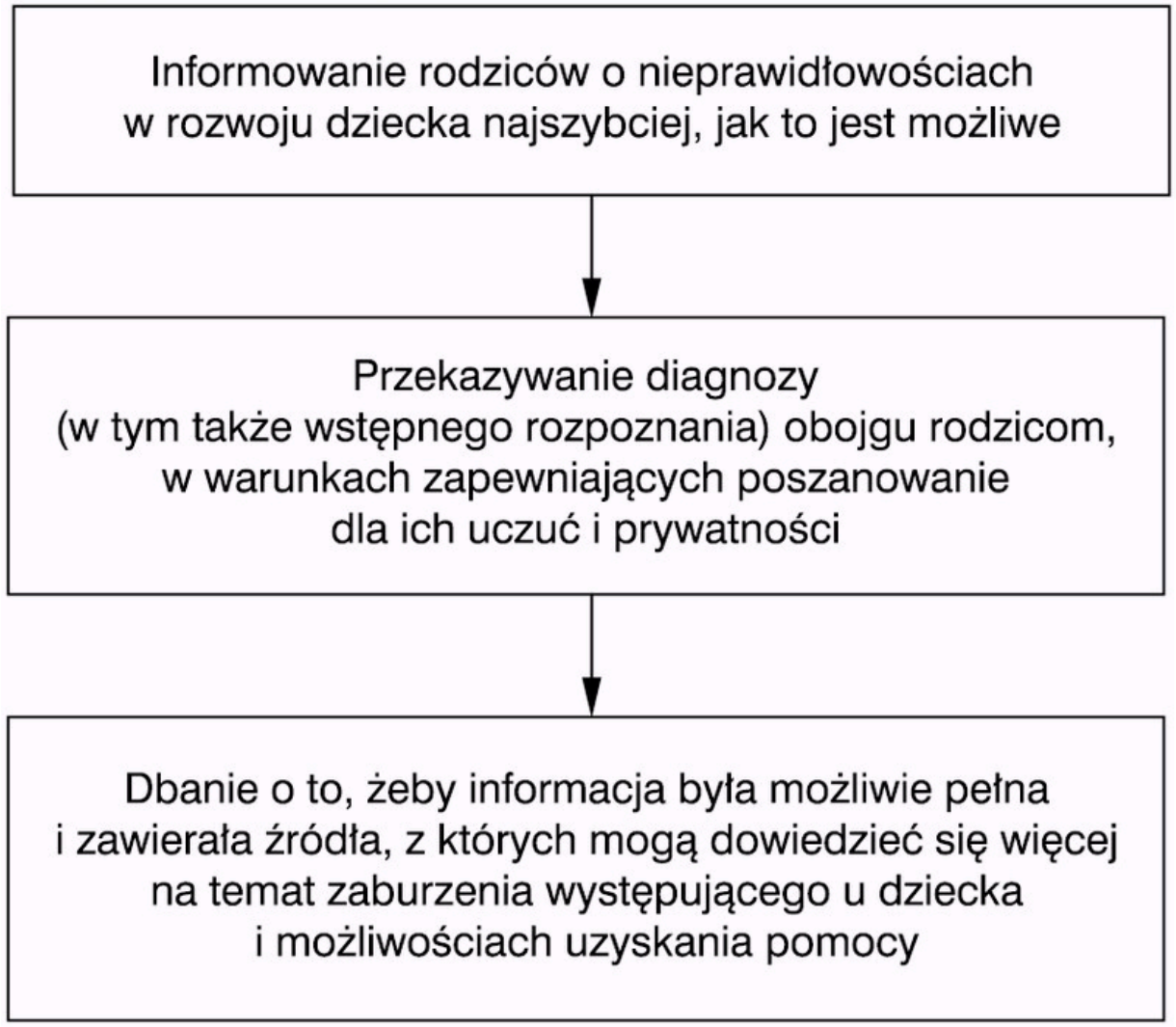
Sytuacja przekazania diagnozy to szczególny rodzaj interakcji społecznej, a na jej przebieg mają wpływ wszyscy uczestnicy. Wkład rodziców w ten kontakt jest zróżnicowany ze względu na poziom wiedzy, wykształcenia, dojrzałości, system wartości, a także postawy wobec niepełnosprawności. Różna jest ich sytuacja życiowa i oczekiwania wobec przyszłości, odmienne są sposoby radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami. W związku z tym pojawia się pytanie o to, czy jest możliwe, aby rodzice pozytywnie ocenili sposób przekazywania im złych informacji na temat zdrowia lub rozwoju dziecka. Badania McDonalda, Carsona, Palmera i Slaya (1982) wskazują, że nawet jeżeli specjaliści są wrażliwi wobec uczuć rodziców i usiłują im pomóc, rodzice odczuwają niedosyt wsparcia dla siebie i dziecka, a ich naturalną reakcją jest **złość** na osobę, która przekazuje im bolesną informację (Gath, 1985; Pisula, 2005).

Nie ma wątpliwości, że specjalista, który przekazuje taką diagnozę, ma do wykonania niezwykle trudne zadanie. Ma świadomość, że wywoła silne emocje i zapoczątkuje nowy, bardzo trudny czas adaptacji w życiu rodziny. Zgromadzono wiele informacji wskazujących na to, że można określić uniwersalne zasady postępowania podczas przekazywania diagnozy, których przestrzeganie wpływa na jakość kontaktu specjalisty z rodzicami.

Postępując w ten sposób, można zmniejszyć negatywne odczucia rodziców, ponieważ wyraźnie odróżniają oni trudne przeżycia związane z treścią informacji od stresu wynikającego ze sposobu jej przekazania (Pisula, 2005; Bobkowicz-Lewartowska, 2013).

3.1.2. Modelowa procedura informowania o zaburzeniach dziecka

W jednej z najbardziej popularnych prac z tego zakresu autorzy, Cunningham, Morgan i McGucken (1984), w latach 80. dokonali analizy potrzeb rodziców w zakresie sposobu przekazywania diagnozy. Na podstawie zebranych danych opracowali tzw. **modelową procedurę informowania**. Z przeprowadzonych przez nich badań, wynika, że zastosowanie tej procedury (składającej się z trzech elementów – ryc. 3.1) sprawia, iż większość rodziców wysoko ocenia przebieg rozmowy ze specjalistą.


Informowanie rodziców o nieprawidłowościach
w rozwoju dziecka najszybciej, jak to jest możliwe
Przekazywanie diagnozy
(w tym także wstępnego rozpoznania) obojgu rodzicom,
w warunkach zapewniających poszanowanie
dla ich uczuć i prywatności
Dbanie o to, żeby informacja była możliwie pełna
i zawierała źródła, z których mogą dowiedzieć się więcej
na temat zaburzenia występującego u dziecka
i możliwościach uzyskania pomocy

RYCINA 3.1

Modelowa procedura informowania o zaburzeniach dziecka

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pisula (2007).

Zaprezentowane postulaty wydają się jasne i w pełni uzasadnione, jednak nie zawsze są realizowane. Może powodować to fakt, że rozpoznanie charakteru zaburzeń, które pojawiają się w rozwoju dziecka, w wielu przypadkach nie jest łatwe. Część dzieci w populacji rozwija się w sposób nieharmonijny, odbiegający od typowych norm. Te indywidualne różnice w rozwoju mogą mieć rozmaite przyczyny, a podobne symptomy mogą świadczyć o różnych zaburzeniach. Często specjaliści nie są pewni diagnozy, stawiają wiele hipotez, które są weryfikowane podczas

obserwacji postępów w rozwoju dziecka. Niejednokrotnie potrzebne są specjalistyczne badania czy długotrwała obserwacja. Warto jednak pamiętać, że:

- rodzice chcieliby być informowani o problemach w rozwoju dziecka natychmiast, gdy zostaną one wykryte przez specjalistów, ponieważ ułatwia to proces adaptacji i na nich spoczywa odpowiedzialność za dziecko;
- rodzice deklarują, że chcieliby, żeby podczas przekazywania diagnozy był obecny partner, ponieważ często specjaliści rozmawiają z matkami, obarczając je odpowiedzialnością za powiadomienie ojca o problemach w rozwoju dziecka;
- w przekazaniu diagnozy powinien uczestniczyć jeden lub dwóch specjalistów, bo rodzice otoczeni przez duże grono profesjonalistów, czują dodatkowe obciążenie (Pisula, 2007).

Treść informacji

Przekazywana rodzicom informacja powinna zostać sformułowana w sposób dostosowany do ich wiedzy, a także stanu emocjonalnego. Różne są też potrzeby rodziców, związane z tym, co chcieliby wiedzieć. Z badań wynika, że specjaliści zazwyczaj nie uwzględniają tych potrzeb, ani nie próbują ich poznać (Hummelinck, Pollock, 2006; Pisula, 2007).

Zachowanie diagnosty

Bardzo istotne jest zachowanie specjalisty podczas rozmowy z rodzicami, którzy oczekują od niego ciepła, empatii, stworzenia przyjaznej atmosfery i akceptacji przeżywanych przez nich uczuć. Satysfakcja rodziców ze sposobu informowania ich o problemach dziecka zależy od:

- jakości kontaktu emocjonalnego, otrzymanego wsparcia (Quine, Rutter, 1994; Pisula, 2007);
- ilości informacji na temat konkretnego dziecka, jego indywidualnej charakterystyki (niekoncentrowanie się na ogólnej charakterystyce zaburzenia) (Krahn, Hallum, Kime, 1993; Pisula, 2007);

ZASADY	**BŁĘDY**

1. Używanie prostego, jasnego, zrozumiałego języka, pozbawionego skomplikowanego słownictwa 2. Udzielenie dużej, wyczerpującej ilości informacji 3. Dostarczenie pozytywnej charakterystyki dziecka opartej na mocnych aspektach jego funkcjonowania i rzetelnych informacjach na temat zaburzeń 4. Pokazanie mocnych stron dziecka, uruchomienie zasobów, jakimi dysponują dziecko i rodzina 5. Przedstawienie przyszłości dziecka w sposób rzetelny i uczciwy, stwarzanie możliwości zadawania pytań 6. Dostarczenie informacji dotyczącej specjalistycznej pomocy dla dziecka i rodziny, stworzenie bazy danych o specjalistycznych usługach	1. Używanie niezrozumiałego, fachowego lub medycznego języka, np. terminów: „anomalie", „deformacje", wywołujących lęk 2. Udzielanie niewielkiej ilości informacji – rodzice obawiają się, że specjalista coś przed nimi ukrywa 3. Przedstawianie opisu dziecka, który odwołuje się wyłącznie do nieprawidłowości w rozwoju, opisu zaburzeń 4. Wyolbrzymianie negatywnych stron dziecka i minimalizowanie jego szans rozwojowych 5. Nadmierne skoncentrowanie się na problemach i zaburzeniach w zdrowiu i rozwoju, które wymagają rozwiązania 6. Pocieszanie i łagodzenie informacji 7. Brak informacji o możliwościach uzyskania specjalistycznej pomocy

RYCINA 3.2.

Przekaz diagnozy

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pisula (2007).

- partnerskiego traktowania rodziców, przekonania ich, że specjalista koncentruje się na sytuacji konkretnej rodziny i jest gotowy poświęcić jej odpowiednią ilość czasu (Krahn, Hallum, Kime, 1993; Pisula, 2007);
- przekazania informacji na temat specjalistycznych usług i placówek, w których dziecko i rodzice mogą uzyskać pomoc.

3.2. Niepełnosprawność dziecka a zmiany w systemie rodzinnym

Fakt pojawienia się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego determinuje jej życie wewnątrzrodzinne, zakłócając dotychczasowy spokój i ład, wyznaczając każdej osobie nowe obowiązki, funkcje i zadania. Rodzina

staje się systemem, który ze względu na nowy charakter relacji, może prowadzić do frustracji potrzeb swoich członków i ograniczenia ich indywidualnego rozwoju. Diagnoza zaburzonego rozwoju sprawia, że dziecko, które samo w sobie jest dla rodziców źródłem wielu wyzwań, niejednokrotnie zmienia te wyzwania w obciążenia, modyfikuje system rodzinny i tworzy go na nowo (Borzyszkowska, 2002; Burke, Montgomery, 2000; Dykcik, 2006; Twardowski, 2008; Stelter, 2013).

W początkowych analizach takich systemów rodzinnych uwzględniano głównie emocjonalne przeżycia rodziców, których traktowano jak ofiary zaburzeń rozwoju dziecka i charakteryzowano jako osoby żyjące w głębokim kryzysie i doświadczające głównie negatywnych emocji. Badacze koncentrowali się przede wszystkim na obciążeniach i negatywnych doświadczeniach, choć próbowano również określić proces i przebieg adaptacji. Taki charakter miały koncepcje żałoby i chronicznego smutku (Pisula, 2007). Związane z nimi badania donoszą, że:

- pewne okresy w życiu rodziny z dzieckiem upośledzonym umysłowo mogą być związane z silniejszym stresem niż inne (Wikler, 1986);
- rodzice dzieci niepełnosprawnych oscylują między nastawieniem katastroficznym (symptom Kassandry) i optymistycznym (symptom Pollyanny) (Obuchowska, 1993);
- poczucie straty i żałoba występują u rodziców stale. Muszą oni „przepracowywać" swoje oczekiwania względem rozwoju dziecka (tzn. „jak mogłoby być") w kolejnych okresach jego życia (Smyrnios, Schultz, 1994).

3.2.1. Model żałoby i chronicznego smutku

Siegel (1997) opracowała teoretyczny model faz zdrowego *versus* przebiegającego z komplikacjami, radzenia sobie przez rodziców z doświadczanym stresem:


1. OPŁAKIWANIE I PROTEST
Zupełnie normalne jest opłakiwanie straty i poczucie krzywdy. Komplikacje pojawiają się wówczas, gdy trwa to bardzo długo lub zaczyna dominować złość skierowana na partnera, dziecko, diagnostę itd.
2. ZAPRZECZANIE
Jest wyrazem braku akceptacji dziecka. Problemy powstają, gdy rodzic unika kontaktu z profesjonalistami, nie zgadza się na edukację dziecka dostosowaną do jego potrzeb; jest przekonany, że dziecko wyrośnie ze swoich zaburzeń.
3. NATRĘCTWA
Rodzic boi się, że dziecko będzie się samookaleczać, będzie agresywne wobec innych osób, nigdy nie będzie umiało wyrazić tego, czego chce itp. Jeśli następstwem owych myśli o dziecku jest doświadczanie silnego poczucia winy i wstydu, przeżywanie nocnych koszmarów czy wreszcie nieradzenie sobie z lękiem, oznacza to problemy w dalszym przystosowywaniu się.
4. PRZEPRACOWANIE
Zaprzeczanie i natrętne myśli stają się rzadsze i mniej intensywne, a rodzic zaczyna zdawać sobie sprawę, że praca z dzieckiem może przynieść istotne efekty.
KOMPLIKACJE: utrzymywanie się przeświadczenia, że dziecko można wyleczyć, albo też przekonanie, że nikt nie jest w stanie mu pomóc.
5. STATYCZNY, CHRONICZNY SMUTEK
Towarzyszy on myśleniu o tym, jak przyszłość dziecka będzie się różnić od przyszłości innych dzieci. Ogólnie jednak dziecko zostaje zaakceptowane. Problemy na tym etapie mogą dotyczyć braku umiejętności korzystania ze wsparcia, postaw.

RYCINA 3.3

Model faz radzenia sobie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Siegel (1997).

3.2.2. Stres rodzicielski

Stres rodzicielski stanowi kompleks nietypowych, ogromnych obciążeń nałożonych na rodziców w związku z jedną z najważniejszych ról, jakie pełnią w życiu. Najistotniejszym elementem, który wyodrębnia stres rodzicielski od innych stresujących doświadczeń, jest charakter wymagań związanych z opieką nad własnym dzieckiem oraz duży wpływ tych

wymagań na tożsamość i poczucie własnej wartości rodziców. Kolejna ważna cecha tego stresu to długotrwałość połączona z kumulowaniem obciążeń i ograniczone możliwości zmiany. Dodatkowy czynnik negatywnie wpływający na położenie rodziców, to ciągła odpowiedzialność za życie, zdrowie i dobrostan całkowicie od nich zależnego dziecka. Przedłużająca się w czasie intensywna opieka nad nim, związana z brakiem jego samodzielności, stwarza specyficzną sytuację, niezgodną z naturalnym cyklem życia rodziny (Pisula, 2007).

Nie istnieje jeden, taki sam w przypadku wszystkich rodzin, sposób doświadczania swojego rodzicielstwa i pełnienia roli rodzica. W związku z tym również rodzice dzieci z problemami rozwojowymi różnią się między sobą pod względem tego, jak przeżywają swoją sytuację, jak postrzegają związane z nią wyzwania oraz jak sobie z nimi radzą. Możliwości adaptacyjne poszczególnych rodzin są bardzo zróżnicowane. Wpływają na nie:

- odczuwane wsparcie społeczne;
- osobowościowa charakterystyka rodziców;
- nasilenie i charakterystyka zaburzeń występujących u dziecka;
- stopień jego zależności od opieki;
- nasilenie „trudnych zachowań" (ibid.).

TABELA 3.1

Rodzaj zaburzenia u dziecka jako istotny czynnik wpływający na stres rodzicielski

Rodzaj zaburzenia	Źródła stresu
Mózgowe porażenie dziecięce	• Brak wiedzy i dostępu do niej – poczucie bezradności • Niejasne informacje ze strony specjalistów – poczucie zagrożenia • Niejasny obraz kliniczny możliwych objawów (zaburzeń ruchowych) i objawów współwystępujących: opóźnienie rozwoju intelektualnego, padaczka, nieprawidłowości rozwoju mowy, zaburzenia zachowania, uszkodzenia narządów zmysłów • Możliwe zmiany w wyglądzie zewnętrznym: grymasy twarzy, niezborność ruchowa, niedowłady, przykurcze, sztywność lub wiotkość ciała – zaburzenia powodują zainteresowanie i ciekawość otoczenia, połączone z litością i niechęcią (Kruk-Lasocka, 1991; Sekułowicz, 2000)

	• Nieprzewidywalny okres od momentu podjęcia rehabilitacji do chwili pojawienia się pierwszych widocznych efektów • Utrudnienia w dostępie do sprzętu rehabilitacyjnego, znaczne jego koszty • Podporządkowanie opiece nad dzieckiem – rezygnacja z pracy zawodowej • Lęk o przyszłość dziecka, który wzrasta wraz z wiekiem dziecka (Chodkowska, 1995; Sekułowicz, 2000)
Autyzm	• Brak wiedzy na temat etiologii autyzmu • Fakt, że zaburzenia u dzieci dotyczą całościowego funkcjonowania: poznawczego, emocjonalnego i społecznego • Brak oczekiwanych, szczególnie przez matkę, reakcji dziecka wyrażających uczucia miłości i przywiązania – mechanizm błędnego koła – matka, okazując dziecku ciepło i uczucie miłości, zostaje przez nie odrzucona. Napotykając obojętność, niechęć i unikanie ze strony dziecka, często po wielu próbach nawiązania kontaktu emocjonalnego, wycofuje się z obawy przed odtrąceniem (Pisula, 1992, 2007) • Niezrozumiałe, dziwne dla otoczenia zachowania dziecka, nieadekwatne do bodźca reakcje na wrażenia zmysłowe, zaburzenia integracji sensorycznej (Delacato, 1995; Sekułowicz, 2000) • Trudności w uzyskaniu pomocy specjalistów, późna diagnoza (4–6 r.ż.), nierealistyczne plany związane z przyszłością dziecka; przedłużający się żal, strata dziecka zdrowego • Ataki agresji i autoagresji powodujące konieczność stałej opieki – rezygnacja z pracy zawodowej • Ograniczone możliwości zapewnienia opieki dla dorosłych autystów, świadomość, że opieka nad dzieckiem potrwa całe życie – paraliżujący strach przed przyszłością (Sekułowicz, 2000; Pisula, 2007)
Niepełnosprawność intelektualna	• Niejasna etiologia upośledzenia umysłowego • Trudności w określeniu stopnia upośledzenia, szczególnie u małych dzieci, i jego wpływu na funkcjonowanie dziecka w przyszłości • Nasilenie stresu u rodziców warunkuje: – wiek i płeć dziecka – kolejność urodzenia – status społeczno-ekonomiczny rodziny – wiek i wykształcenie rodziców (Sekułowicz, 2000) • Niejasny obraz kliniczny możliwych objawów (zaburzeń ruchowych) i objawów współwystępujących: opóźnienie rozwoju intelektualnego, padaczka, nieprawidłowości rozwoju mowy, zaburzenia zachowania, uszkodzenia narządów zmysłów

	• Niepokój o przyszłość dziecka i jego samodzielne funkcjonowanie – tym wyższy, im głębszy poziom upośledzenia umysłowego • Trudny dostęp do edukacji (przedszkola specjalne, integracyjne, szkoły specjalne, warsztaty terapii zajęciowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sekułowicz (2000); Pisula (2007).

Przyjście na świat dziecka niepełnosprawnego jest zawsze sytuacją trudną, która destabilizuje układ rodzinny; szczególnie w początkowym okresie zaburzone mogą zostać czynniki prawidłowego, zdrowego funkcjonowania rodziny, takie jak: podmiotowość, pozytywne więzi emocjonalne, plastyczność, stabilność, poprawna percepcja rzeczywistości i dwustronna komunikacja. Dla systemu rodzinnego ważne jest, aby po fazie szoku i rozpaczy, nastąpiła zmiana prorozwojowa, która dotyczy każdej osoby w systemie, oraz systemu w jego poszczególnych wymiarach (Stelter, 2013).

TABELA 3.2

Niepełnosprawność dziecka a zmiany w systemie rodzinnym

Zmiana dysfunkcjonalna	Zmiana prorozwojowa
Podmiotowość	
Członkowie rodziny nie przyjmują do wiadomości zmiany w systemie, w konsekwencji nie przepracowują koncepcji własnej osoby; starają się zachować *status quo*	Rodzice zaakceptowali sytuację, ponownie zdefiniowali siebie w świecie, odnaleźli sens życia i wypracowali zmodyfikowaną perspektywę przyszłościową widzenia siebie i rodziny
Więzi emocjonalne	
W przeżyciach emocjonalnych rodziców dominują: lęk, cierpienie, poczucie winy oraz niechęć do dziecka i partnera; pojawiają się konflikty i wzajemne obwinianie się za niepełnosprawność dziecka, rodzina jest w fazie szoku i kryzysu emocjonalnego	Stopniowe doświadczanie pozytywnych emocji, zwiększa się różnorodność emocji; rodzina w sposób konstruktywny przystosowuje się do sytuacji; relacje rodzic–dziecko, mąż–żona sprawiają radość i dają satysfakcję; wzrastają szanse na indywidualny rozwój wszystkich członków rodziny
Plastyczność	
Zasklepienie się na dawnych, nieprzynoszących rozwiązania w nowych warunkach, sposobach działania i życia;	Umiejętne dostosowanie się systemu i jego poszczególnych członków do aktualnej sytuacji, w jakiej znajduje się

brak adaptacji powoduje ograniczenie bądź utratę zdolności do realizowania podstawowych zadań systemu rodzinnego	rodzina bądź jednostka, przez wypracowanie nowego systemu norm i wartości, przesunięcie uwagi z wartości materialno-ekonomicznych na wartości takie, jak: miłość, duchowość, relacje międzyludzkie
Stabilność	
Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego w rodzinie zakłóca, destabilizuje życie rodziny w sferach: emocjonalnej, społecznej, ekonomicznej oraz podważa system wartości poszczególnych członków rodziny; brak równowagi powoduje utratę poczucia bezpieczeństwa	Redefinicja sytuacji przyczynia się do wypracowania nowej, lepszej, dostosowanej do powstałych warunków równowagi; rodzina i jej poszczególni członkowie odzyskują poczucie bezpieczeństwa oraz kontroli nad własnym życiem
Adekwatna percepcja	
Urodzenie się dziecka niepełnosprawnego zmienia wcześniejsze pozycje pozostałych członków rodziny i zaburza dotychczasową percepcję wzajemnych relacji; zmieniają się także relacje rodziny ze światem zewnętrznym, co może prowadzić do zakłócenia lub zerwania obecnych więzi wewnątrzrodzinnych i pozarodzinnych	Uchwycenie układu wzajemnych powiązań, znajomość możliwości i ograniczeń zarówno systemu, jak i jego członków oraz świadomość stosunków łączących rodzinę z innymi środowiskami to przejawy właściwej percepcji życia rodzinnego. Opiera się ona na zrozumieniu trzech typów relacji: rodzina–świat zewnętrzny, jednostka–świat zewnętrzny, jednostka–rodzina
Komunikacja dwukierunkowa	
Ograniczenia rozwojowe dziecka niepełnosprawnego mogą wykluczyć je z procesu komunikacji bądź zmniejszyć efektywność tego procesu, co prowadzi do zubożenia relacji w systemie, jak również do ograniczenia relacji rodziny ze światem zewnętrznym; brak komunikacji lub utrudniona komunikacja z dzieckiem może prowadzić do nasilenia zaburzeń emocjonalnych u poszczególnych członków rodziny	Wypracowanie nowych, alternatywnych dla komunikacji dwustronnej form porozumiewania się z dzieckiem sprzyja budowaniu więzi emocjonalnej w rodzinie i ułatwia adaptację systemu do niepełnosprawności dziecka; jest też wyrazem kreatywności i optymalizuje warunki rozwoju zarówno niepełnosprawnego dziecka, jak i pozostałych członków jego rodziny

Źródło: Stelter (2013); Liberska, Matuszewska (2011, 2012).

Efekty zmagań z krytycznymi wydarzeniami życiowymi mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne. Mogą mieć charakter twórczy i rozwojowy lub prowadzić do dezorganizacji w funkcjonowaniu jednostki

i nieadaptacyjnych prób rozwiązywania sytuacji kryzysowych (Sęk, 1991a; Stelter, 2013).

3.2.3. Niepełnosprawność dziecka jako sytuacja kryzysowa

Fakt niepełnosprawności dziecka nie jest sytuacją pożądaną ani przez matkę, ani przez ojca, w związku z tym proces wchodzenia w rolę rodzica jest bardzo trudny, głównie z powodu rozbieżności między oczekiwaniami rodzicielskimi a stanem zdrowia i rozwoju dziecka (Stelter, Strelau, Sobolewski, 2002; Stelter, 2009a, 2009b, 2013). Rodzice muszą pokonać właściwy wszystkim rodzinom, w których pojawia się dziecko, tzw. **normatywny kryzys** wynikający ze zmiany cyklu życia rodzinnego, oraz zaakceptować fakt, że dziecko jest niepełnosprawne.

Ograniczenia rozwojowe dziecka można rozpatrywać w kategoriach krytycznego wydarzenia życiowego, ponieważ bezpośrednio wpływają na funkcjonowanie matki i ojca, stanowią silne obciążenie psychiczne, wymuszają podjęcie działań, które mają charakter przystosowawczy. Bycie rodzicem dziecka niepełnosprawnego jest źródłem trzech występujących po sobie kryzysów życiowych:

- **kryzysu nowości** – związanego ze świadomością, że własne plany na przyszłość oraz oczekiwania wobec dziecka mogą zostać niezrealizowane; szok wynikający z diagnozy jest tym większy, im bardziej określony obraz oczekiwanego dziecka kreują rodzice przed jego narodzeniem;
- **kryzysu osobistych wartości** – związanego z tym, że rodzice patrzą na dziecko przez pryzmat opinii społecznej, w której dziecko jest jedną z najbardziej istotnych wartości w życiu. Należy je kochać, opiekować się nim, zapewnić mu jak najlepszy rozwój i przyszłość. Kiedy dziecko jest niepełnosprawne, rodzice uświadamiają sobie, jak często ocena takich dzieci w społeczeństwie jest ambiwalentna. Z jednej strony powinny być kochane i akceptowane, z drugiej zaś często zostają odrzucone, ponieważ są inne. Rodzice stosują mechanizmy obronne – zaprzeczanie, obwinianie siebie, wstyd czy nadopiekuńczość. W kryzysie wartości niektórzy rodzice mogą tkwić przez całe życie;

- **kryzysu rzeczywistego** – polegającego na zapewnieniu dziecku odpowiedniej opieki i rehabilitacji, co wymaga wielu nakładów finansowych, wysiłków; towarzyszy temu świadomość, że dziecko może być nieakceptowane przez otoczenie społeczne. Pokonanie kryzysu oparte jest na radzeniu sobie z niepełnosprawnością, z którą rodzice będą mierzyć się aż do śmierci (Kowalik, 2007; Stelter, 2013).

3.3. Adaptacja rodziców do niepełnosprawności dziecka

Będkowska-Heine (2003, 2007) zmodyfikowała proponowany przez Łoś (1999) model przystosowania się do roli społecznej w odniesieniu do rodziców dzieci niepełnosprawnych. Autorka wyróżniła sześć etapów w procesie przystosowania się do roli matki/ojca dziecka niepełnosprawnego oraz cztery typy zachowań świadczących o nieprzystosowaniu się do tej roli. Wyróżnione etapy nie mają określonych granic, a osiągnięcie wyższego poziomu nie oznacza rozwiązania problemów występujących na poziomie niższym (Stelter, 2013). **Proces przystosowania** się do roli rodzicielskiej obejmuje:

- **wpadnięcie w pułapkę roli** – szok wywołany niepełnosprawnością dziecka wywołuje negatywne emocje i sprawia, że postępowanie rodziców może być chaotyczne i pozbawione sensu. Często towarzyszy temu: odrętwienie, lęk i poczucie bezradności, a opieka nad dzieckiem wiąże się z frustracją, poczuciem krzywdy, rozczarowaniem i złością. Rodzice koncentrują się na zaburzeniach dziecka i trudno im dostrzec korzyści z pełnienia roli rodzica;
- **oswajanie z rolą** – proces, który zaczyna się, kiedy rodzice mają pewność, że rzeczywistości nie da się zmienić. Matka i ojciec podejmują próby radzenia sobie z kryzysem, stosując **mechanizmy obronne**: **zaprzeczanie**, **wyparcie** czy **racjonalizację.** Jeśli rodzice nie odrzucili dziecka, podejmują próby jego rehabilitacji, szukając lekarzy i terapeutów. Koncentrują się na chorobie dziecka, a nie na nim samym, nie odczuwając radości płynącej z kontaktów z dzieckiem;

- **identyfikację z rolą** – rodzice nabywają poczucie kompetencji, pojawia się poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do siebie w roli matki/ojca, następuje wczucie się w rolę na poziomie zadaniowym, ale nie zawsze emocjonalnym. Im większy stopień zaburzeń występujących u dziecka, tym proces jest trudniejszy;
- **wdrukowanie roli** – świadome przyswajanie, poszukiwanie i realizowanie sposobów wychowywania dziecka niepełnosprawnego. Rodzice uznają rolę za konieczność, z którą należy się pogodzić, starają się zrozumieć swoje cierpienie, budują nową definicję życia. Matka i ojciec poszukują, przyswajają i stosują określone sposoby wychowywania, tzn. skupiają się np. na zdobyciu przez dziecko jak największej samodzielności w życiu lub na stworzeniu mu warunków do spokojnego życia, a nie na wspieraniu jego rozwoju;
- **wrastanie w rolę** – osiąganie sytuacji, w której rola rodzica dziecka niepełnosprawnego staje się dla matki/ojca naturalną codziennością. Rodzice utożsamiają się z innymi matkami i ojcami dzieci niepełnosprawnych, nie obniża to ich poczucia własnej wartości i dziecko staje się ważnym elementem psychicznego i społecznego życia rodziców;
- **autonomizację roli** – podejmowanie zadań rodzicielskich wobec dziecka niepełnosprawnego daje rodzicom satysfakcję. Podstawowym zachowaniem jest działanie, rodzice realnie oceniają szanse rozwojowe dziecka, potrafią korzystać z pomocy bez poczucia winy i wstydu. Jest to efekt akceptacji dziecka niepełnosprawnego i swojego życia z nim (Będkowska-Heine, 2003, 2007; Stelter, 2013).

Przejawy **nieprzystosowania się** do roli rodzicielskiej obejmują:

- **fetyszyzację roli** – celebracja roli i podporządkowanie jej całego życia. Rodzic, często jest to matka, nie dopuszcza nikogo do opieki nad dzieckiem, nie pozwalając mu na samodzielność i ograniczając jego autonomię. Rezygnuje z własnego życia i podporządkowuje swoje potrzeby potrzebom dziecka. Ja indywidualne matki lub ojca zostaje zastąpione przez Ja społeczne;
- **manipulację rolą** – rola rodzica służy do uzyskania profitów (np. pomocy społecznej) i przywiązania do siebie innych osób. Cechą charakterystyczną jest wykorzystywanie otoczenia, np. wymuszanie na

zdrowym dziecku pomocy i poświęcenia się niepełnosprawnemu bratu lub siostrze;

- **negację roli** – odrzucenie dziecka niepełnosprawnego i kwestionowanie swojej odpowiedzialności za dziecko i jego rozwój. Rodzice winą za odrzucenie obarczają społeczeństwo;
- **kreację roli** – np. decyzja o samotnym rodzicielstwie, albo sytuacja „nadmiaru" rodzica, który realizuje wobec swojego dziecka także inne role: terapeuty, rehabilitanta, nauczyciela. Problem pojawia się, gdy pełnienie nowych ról nie jest konieczne, a mimo to rodzic je realizuje, lub wtedy, gdy ich pełnienie wynika z neurotycznego skupienia się na dziecku niepełnosprawnym – ogranicza to funkcjonowanie matki/ojca w innych rolach: rodzica dziecka zdrowego czy żony/męża, i może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania systemu rodzinnego (Będkowska-Heine, 2003, 2007; Stelter, 2013).

Umiejętność samodzielnego sformułowania, określenia i zdefiniowania roli rodzicielskiej nabiera szczególnego znaczenia w kontekście niepełnosprawności dziecka, ponieważ zwiększa zaangażowanie matki i ojca oraz ukierunkowuje ich aktywność nie tylko na wspieranie rozwoju dziecka, ale także na własny rozwój i funkcjonowanie całego systemu rodzinnego.

Zgodnie ze współczesną literaturą:

- niepełnosprawność obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek ludzkich w każdym społeczeństwie;
- ograniczenia te wynikają z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy;
- ograniczenia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy;
- ograniczenia mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej.

Rodzaje niepełnosprawności:

- osoby z niepełnosprawnością sensoryczną – uszkodzenia narządów zmysłów:
  – osoby niewidome i słabowidzące
  – osoby niesłyszące i słabosłyszące
- osoby z niepełnosprawnością fizyczną:

– osoby z niepełnosprawnością motoryczną – uszkodzenia narządu ruchu
– osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych
- osoby z niepełnosprawnością psychiczną:
  – osoby z niepełnosprawnością intelektualną z niesprawnością intelektualną
  – osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania
  – osoby cierpiące na epilepsję – z zaburzeniami świadomości
- osoby z niepełnosprawnością złożoną, dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością (Kowalik, 2007).

3.3.1. Zespół wypalania sił u rodziców dzieci niepełnosprawnych

W latach 70. XX w. Sullivan (1979) przedstawiła **koncepcję zespołu wypalenia się sił,** który pojawia się u rodziców dzieci upośledzonych umysłowo. Autorka charakteryzowała go jako wyczerpanie psychiczne i/lub fizyczne, występujące w wyniku przeciążenia długotrwałą opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym. Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym i wychowywanie go może być przyczyną osamotnienia, izolacji, a także beznadziejności wysiłków podejmowanych przez rodziców, co może w konsekwencji prowadzić do utraty sił.

Pisula (1992, 1998, 2007) opisała natężenie kilkunastu psychologicznych czynników, które sprzyjają wystąpieniu wypalania się sił według ankietowych wypowiedzi rodziców dzieci autystycznych i dzieci z zespołem Downa. Należały do nich:

- poczucie przeciążenia spowodowane sprawowaniem ciągłej opieki nad dzieckiem;
- poczucie osamotnienia i braku pomocy;
- poczucie niemożności osiągnięcia znaczących zmian w życiu;
- poczucie beznadziejności przy podejmowaniu wysiłków;
- poczucie braku umiejętności i wiedzy na temat wychowania chorego dziecka;
- poczucie wyłącznej odpowiedzialności za los dziecka;
- poczucie bycia lekceważonym w zetknięciu z instytucjami;
- poczucie niejasności co do możliwości dziecka;

- odczuwanie złej atmosfery w domu;
- niechęć wobec oddania dziecka do zakładu, połączona z wyrzutami sumienia w przypadku pojawiania się takich myśli
- rezygnacja;
- zmęczenie fizyczne;
- przeżywanie frustracji.

Wyniki niektórych współczesnych badań prezentują mechanizmy, które mogą pomagać rodzicom dzieci niepełnosprawnych w przeciwdziałaniu zjawisku wypalania sił, czyli mechanizmy **orientacji na innych**. Rozwój więzi przywiązaniowej (Pisula, 2007) i poczucia więzi społecznej, wspólnoty rodziców i rodzeństwa (Błeszyński, 2005; Liberska, Rzepa, 2011; Khymko, Liberska, 2011) nadaje sens życiu człowieka. Ukształtowanie poczucia wspólnoty z własnym niepełnosprawnym dzieckiem, nie jest dla wielu rodziców zadaniem łatwym czy prostym. Niemniej jednak już samo dążenie do jego realizacji nadaje sens egzystencji rodziców i ma pozytywne znaczenie dla rozwoju jakości życia niepełnosprawnego dziecka i innych członków rodziny. Rodzice dzieci niepełnosprawnych bardzo często angażują się w działalność na rzecz osób pokrzywdzonych przez los, służącą szeroko rozumianej integracji społecznej, nie zaniedbując przy tym swojej rodziny. Troszcząc się o dobro innych ludzi, człowiek kształtuje własne środowisko rozwojowe w sposób, który umożliwia względnie optymalną realizację zadań rozwojowych. Rodzic, który troszczy się o swoje niepełnosprawne dziecko, stwarza jednocześnie warunki sprzyjające własnemu rozwojowi indywidualnemu (Kowalik, 2007; Khymko, Liberska, 2011).

3.4. Rola wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie przez rodziców dzieci niepełnosprawnych

Problematyka wsparcia społecznego w kontekście rehabilitacji psychospołecznej jest analizowana jako działanie szczególnie ważne dla rodziców dzieci niepełnosprawnych. Współczesna literatura przedmiotu

podkreśla zależność zachodzącą między poziomem wsparcia społecznego a obniżaniem się poziomu stresu, wynikającego z faktu wychowywania dziecka niepełnosprawnego. Istotne znaczenie mają tutaj dwie grupy osób:

- profesjonaliści – lekarze, psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, rehabilitanci, pracownicy rządowi, których działania są usystematyzowane i zorganizowane;
- osoby niezwiązane zawodowo z pomaganiem – najbliższa rodzina, sąsiedzi, znajomi, rodzice skupieni w stowarzyszeniach i fundacjach.

Wsparcie społeczne może przybierać różne formy: **instrumentalne**, **informacyjne**, **emocjonalne**. Obejmuje działania, które dotyczą samego dziecka: wstępną diagnozę, okresowe kontrole, program postępowania wychowawczego i usprawniającego, w którym rodzice uczestniczą aktywnie od samego początku. Mogą oni poznawać swoje zadania wychowawcze, mają możliwość kontaktowania się z innymi rodzicami, którzy przeżywają i doświadczają podobnych problemów. Są to również wszystkie działania służące zabezpieczeniu rodziny, które są związane z opieką medyczną, kontaktami z różnymi organizacjami i instytucjami. To również pomoc placówek edukacyjnych: przedszkoli i szkół, ośrodków rehabilitacyjnych, mająca na celu przygotowanie rodziny do jak najlepszego radzenia sobie z problemami i trudnościami, często kosztem zmiany stylu życia (Sekułowicz, 2000).

3.5. Społeczne, emocjonalne i adaptacyjne problemy doświadczane przez rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju

Posiadanie rodzeństwa z dysfunkcjami rozwojowymi może być źródłem ważnych i wzbogacających doświadczeń, które sprzyjają rozwojowi wrażliwości, umiejętności społecznych i wiedzy. Badania wykazują, że osoby mające niepełnosprawne rodzeństwo są w większym stopniu uspołecznione i tolerancyjne, częściej zachowują się altruistycznie i są bardziej odpowiedzialne za swoich rówieśników (Żyta, 2004; Cierpka, 2011). Doświadczenia związane z „odmiennością” własnego brata czy

siostry, pozwalają na głębsze spostrzeganie złożoności sytuacji innych osób oraz przyspieszają rozwój samodzielności i niezależności.

Obecność w rodzinie dziecka z zaburzeniami rozwoju stawia przed jego rodzeństwem wiele wyzwań. Czasami czuje się ono opuszczone i samotne, ponieważ rodzice poświęcają niemal cały czas opiece nad niepełnosprawnym rodzeństwem. Im większy jest stopień niepełnosprawności dziecka, tym więcej czasu pochłania opieka, organizowanie zajęć terapeutycznych, rehabilitacja i inne czynności związane z troską o jego zdrowie i rozwój (Pisula, 2007). Wszystko to sprawia, że w rodzinie powstaje stan napięcia emocjonalnego, który wpływa na relacje z dzieckiem niepełnosprawnym oraz znajduje swoje odzwierciedlenie w relacji z dzieckiem zdrowym. Reakcją dzieci na brak uwagi ze strony rodziców mogą być trudności przystosowawcze (np. zachowania agresywne), które są często interpretowane jako próba zwrócenia na siebie uwagi. Dla rodziców dużym obciążeniem jest niejednokrotnie świadomość, że z powodu obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym, nie mogą poświęcać wystarczająco dużo uwagi swoim pozostałym dzieciom. Wielu z nich ma poczucie winy wynikające z obarczania dzieci sprawami, które są dla nich zbyt trudne.

Dużym problemem dla rodzeństwa mogą być także nietypowe i niezrozumiałe zachowania brata lub siostry. Mogą one stać się powodem unikania kontaktów z rówieśnikami, w obawie przed wyśmianiem i odrzuceniem. Dodatkowy problem często stanowi trudność w porozumiewaniu się z rodzeństwem, a także doświadczanie w stosunku do niego sprzecznych uczuć. Z badań wynika, że rodzeństwo czuje się zobowiązane do podejmowania opieki nad bratem lub siostrą z zaburzeniami rozwoju (Lobato, 1990) i często dorasta w przeświadczeniu, że będzie musiało zajmować się nimi w przyszłości. Dotyczy to zwłaszcza sióstr, które już w dzieciństwie są bardziej zaangażowane w pomoc rodzeństwu. Zaangażowanie związane jest z poczuciem odpowiedzialności za to, co dzieje się w rodzinie i z pełnieniem obowiązków, które często są nieadekwatne do wieku i zbyt obciążające. Stwierdzono, że rodzeństwo dzieci chorych przejawia wyższy poziom lęku, częściej wycofuje się z kontaktów społecznych, a także jest bardziej depresyjne niż rodzeństwo osób rozwijających się prawidłowo (Fisman i in., 2000). Matki tych dzieci

dostrzegają u nich więcej problemów w zachowaniu i uważają, że są one mniej skłonne do zachowań prospołecznych, niż widzą te sprawy u swoich dzieci matki osób, których rodzeństwo rozwija się prawidłowo (Hastings, 2003; Pisula, 2007). Informacje pochodzące bezpośrednio od dzieci i młodzieży, dotyczące ich doświadczeń związanych z posiadaniem niepełnosprawnego rodzeństwa, wskazują na pozytywne zmiany w ich sposobie widzenia innych ludzi, choć dostrzegają oni również specyficzne problemy – np. trudności w komunikowaniu się z bratem lub siostrą, konflikty, lęk o stan zdrowia rodzeństwa oraz o jego przyszłość. Częstość stresujących interakcji z rodzeństwem bywa podobna w rodzinach z dziećmi z zaburzeniami rozwoju i w rodzinach z dziećmi rozwijającymi się prawidłowo (za: Pisula, 2007; Cierpka, 2011).

Relacje między rodzeństwem pozostają w ścisłym związku z atmosferą panującą w rodzinie i zależą od:

- związku emocjonalnego z rodzicami, a zwłaszcza więzi z matką;
- postaw wychowawczych oraz od tego, czy rodzice akceptują swoje niepełnosprawne dziecko (Żyta, 2004; Pisula, 2007);
- nastroju matki i spójności rodziny; rodzeństwo szybciej się przystosowuje, jeśli nie czuje się odrzucane przez rodziców i nie ma poczucia, że niepełnosprawny brat lub siostra są faworyzowani;
- zasobu informacji na temat zaburzenia lub choroby – im większa jest wiedza, tym bardziej pozytywna jest postawa wobec rodzeństwa, mniej negatywnie oceniany wpływ choroby/zaburzenia na rodzinę i tym częściej rodzeństwo doświadcza pozytywnego nastroju (Sidor, 2005; Cierpka, 2011);
- otwartego komunikowania się z rodzicami; jeśli wsparcie ze strony rodziców jest wystarczające, nawet ciężkie zaburzenia nie muszą powodować u rodzeństwa problemów adaptacyjnych;
- respektowania prawa do niezależności od życia rodzinnego (za: Pisula, 2007);
- stopnia niepełnosprawności; wraz z jego wzrostem ustalają się coraz bardziej nierówne stosunki ról między rodzeństwem (Cierpka, 2011);
- społecznej pozycji rodziny (dostępność pomocy ze strony krewnych, znajomych i sąsiadów), partnerskiego i małżeńskiego zadowolenia rodziców, codziennego zachowania rodzeństwa wobec siebie, czasowego

lub stałego umieszczenia dziecka niepełnosprawnego w domu opieki, od religijności i światopoglądu (Kasten, 1997).

3.6. Pomoc dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

Coraz powszechniej znany jest fakt, że rodziny dzieci z zaburzeniami rozwoju potrzebują pomocy. Wsparcie powinno być kierowane nie tylko do dziecka ze szczególnymi potrzebami rozwojowymi, ale także do jego rodziców i rodzeństwa. Potrzeby tych rodzin są bardzo zróżnicowane. Istnieje zatem konieczność ich indywidualnego traktowania, określania ich potrzeb i możliwości radzenia sobie oraz posiadanych, choć nie zawsze **wykorzystywanych zasobów** (Pisula, 2007).

We współczesnej literaturze podkreśla się, że:

- trudności związane z zaburzeniami rozwoju stanowią problem całej rodziny;
- rodzice mogą być rzecznikami swych dzieci, osobami najlepiej reprezentującymi ich potrzeby i interesy;
- specjaliści mogą pomóc rodzicom tylko pomagając ich dzieciom; dziś ważne staje się pytanie: „Jak pomóc rodzicom, by oni sami mogli najlepiej pomóc swym dzieciom?” (Marat, 2006).

Pewne potrzeby rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju są podobne, niezależne od rodzaju zaburzeń. Należą do nich:

- wczesna diagnoza, umożliwiająca uzyskanie wsparcia zarówno dla dziecka, jak i jego rodziny w ramach tzw. **wczesnej interwencji**;
- odpowiednia opieka zdrowotna nad dzieckiem i rodzicami;
- system edukacyjny zapewniający dziecku właściwe warunki edukacji przedszkolnej, szkolnej na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkoły średniej, przygotowania zawodowego oraz aktywizacji zawodowej;
- stworzenie rodzicom możliwości odpoczynku i odciążenia ich od codziennych obowiązków;

- zapewnienie rodzinie bezpieczeństwa materialnego (Pisula, 2007).

Z badań Peetersa (1996) wynika, że **rodzice dzieci małych** (w wieku **1–5 lat**) za najważniejszą uznawali wczesną diagnozę, a następnie zindywidualizowany program terapeutyczny, pomoc w opiece nad dzieckiem w domu oraz pomoc finansową. **Rodzice dzieci w wieku 6–12 lat** wskazywali przede wszystkim na potrzebę tworzenia takich samych, jak dla dzieci rozwijających się prawidłowo, warunków zapewniających edukację, zorganizowanie ośrodków mogących przyjąć dzieci w razie nieprzewidzianych wydarzeń losowych, pomoc finansową, lepsze przygotowanie nauczycieli i personelu szkół oraz zindywidualizowany program terapeutyczny. **Rodzice dzieci starszych i dorosłych** (w wieku **13–27 lat**) zgłaszali zapotrzebowanie na wskazówki dotyczące wychowania seksualnego swoich dorastających dzieci, na pomoc finansową, dostosowany do indywidualnych potrzeb program terapeutyczny oraz istnienie ośrodków, które mogłyby zapewnić opiekę ich dzieciom w razie nieprzewidzianych wydarzeń losowych.

Intagliata i Doyle (1984; za: Pisula, 2007) sklasyfikowali dostępne rodzicom formy pomocy, wymieniając wśród nich:

- działanie grup samopomocy, tworzonych przez rodziców, mających na celu głównie dostarczenie wsparcia;
- terapię indywidualną i/lub rodzinną;
- dostarczenie rodzicom wiedzy na temat zaburzeń występujących w rozwoju dziecka (przyczyn, możliwych metod terapii, przewidywań dotyczących przyszłości itp.) oraz dostępnych usług. Rozwijanie umiejętności rodziców niezbędnych w opiece nad dzieckiem i przydatnych we wspieraniu jego rozwoju – udział w treningach i warsztatach;
- odciążenie rodziców od opieki nad dzieckiem, które uchroni ich przed fizycznym i emocjonalnym wyczerpaniem.

Pomoc, którą otrzymuje rodzina, nie eliminuje doświadczania przez nią problemów. Rodzice i rodzeństwo dziecka z zaburzeniami rozwoju nadal muszą radzić sobie ze stojącymi przed nimi wyzwaniami. Nie ulega jednak wątpliwości, że odpowiednie wsparcie może to znacznie ułatwić, zwiększając szanse na lepsze życie i wykorzystanie w pełni zasobów

rodziny. Współczesne podejście do pomocy rodzinie zakłada, że profesjonaliści powinni wspólnie z nią poszukiwać najlepszych form tej pomocy. Potrzeby rodzin w tym zakresie są bardzo różnorodne – powinny zostać uwzględnione i być traktowane indywidualnie, ponieważ mimo pewnego podobieństwa sytuacji, każda z rodzin ma własną specyfikę i system wzajemnych relacji. Przed specjalistami stoi zadanie polegające na umacnianiu, budowaniu poczucia koherencji rodziców i rodzeństwa.

Podobnie jak w diagnozie, ważne jest określenie wszelkich możliwych „mocnych" stron dziecka niepełnosprawnego, tak więc **w pracy z rodziną należy określić nie tylko jej potrzeby, lecz także zasoby**. Wykorzystanie tych zasobów znacznie zwiększa szanse, że udzielona pomoc będzie skuteczna i przyniesie rzeczywistą poprawę funkcjonowania rodziny (Pisula, 2007).

Reasumując, przyjście na świat dziecka z niepełnosprawnością powoduje fundamentalne zmiany w systemie rodzinnym. Każda z osób uczy się na nowo swojej roli, określa swoje miejsce, dokonuje swoistego przewartościowania. Rodzina musi znaleźć miejsce dla nowej osoby i również dla nowego stylu życia (Kulik, Otrębski; 2011). Wśród takich zadań, jak: postawienie diagnozy, zapewnienie rehabilitacji, szukanie źródeł finansowania i nowych form pomocy i terapii, nie można zapominać o najważniejszej kwestii: „dla zintegrowania dziecka niepełnosprawnego z rodziną potrzebne są dwie płaszczyzny:

- **emocjonalna** (poczucie przywiązania do rodziny, miłość, więź uczuciowa z jej członkami, akceptacja wspólnych systemów wartości)
- **zadaniowa** (udział w życiu wszystkich domowników)" (Sadowska, 1996, s. 82).

Rozdział 4

Rozwód jako sytuacja kryzysowa w rodzinie

Magdalena Błażek

4.1. Kryzys rozwodowy – charakterystyka
4.2. Przyczyny rozwodów
4.3. Predyktory powodzenia i niepowodzenia związku
4.4. Fazy procesu rozwodowego
4.5. Funkcjonowanie psychologiczne dorosłych w sytuacji rozwodu z uwzględnieniem różnic płciowych
4.6. Funkcjonowanie psychologiczne dzieci w sytuacji rozwodu rodziców
    4.6.1. Płeć dziecka a proces radzenia sobie z rozwodem rodziców
    4.6.2. Cechy indywidualne dziecka i wsparcie społeczne a radzenie sobie z rozwodem rodziców 480

Kryzys rodzinny jest pojęciem bardzo szerokim i obejmować może rozległe spektrum sytuacji życiowych, z jakim może zetknąć się rodzina. Mogą to być zarówno zdarzenia wynikające z przechodzenia przez poszczególne fazy rozwoju, mające charakter kryzysów normatywnych, czyli przewidzianych w cyklu rozwoju rodziny (np. narodziny dziecka), jak i zdarzenia nagłe, niespodziewane, trudne do przewidzenia, a w związku z tym wymagające uruchomienia nowych strategii radzenia sobie i narażające poszczególnych członków systemu rodzinnego na liczne konsekwencje o charakterze emocjonalno-poznawczym.

Przykładem poważnej sytuacji kryzysowej mającej istotne znaczenie dla reorganizacji życia rodzinnego i wpływającej na całokształt relacji zachodzących w rodzinie jest rozwód.

W sensie prawnym jest to kończące małżeństwo rozwiązanie przez sąd ważnego związku małżeńskiego, a przesłanką do jego orzeczenia jest trwały i zupełny rozkład pożycia. W prawie polskim rozwód jest jednak niedopuszczalny, jeżeli w jego konsekwencji miałoby ucierpieć dobro małoletnich dzieci, bądź jego orzeczenie z innych powodów naruszałoby zasady współżycia społecznego (np. jedno z małżonków ciężko choruje i wymaga opieki lub rozwód pozbawiłby go środków do życia). Rozwód nie jest również dopuszczalny, jeżeli żąda go małżonek wyłącznie winny rozkładu pożycia, chyba że drugi małżonek wyrazi zgodę na rozwód, albo gdy odmowa jego zgody na rozwód jest w danych okolicznościach sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (*Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, 2013).

W aspekcie psychologicznym rozwód to rodzaj sytuacji kryzysowej, trwającej czasem wiele lat, angażującej wszystkich członków rodziny i wpływającej na ich funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, intelektualne i społeczne. Rozwód jest zdarzeniem nienormatywnym – kryzysem nierozwojowym, nieprzewidywalnym i niepożądanym (por. Beisert, 2000). Jednocześnie badania wskazują, że rozwód jest jednym z najbardziej stresogennych zdarzeń życiowych i w tradycyjnej klasyfikacji stresorów Holmsa i Rahe’a (1967) zajmuje on drugie miejsce po śmierci współmałżonka, uzyskując 80 na 100 możliwych punktów. Z perspektywy psychologicznej może być ujmowany zarówno w aspekcie interpersonalnym – jako zaburzenie przebiegu relacji interpersonalnych w rodzinie, jak i intrapersonalnym – gdzie podstawą rozważań są zasoby

psychologiczne jednostki odpowiedzialne za sposób radzenia sobie z kryzysem (por. Beisert, 2000; Czerederecka, 2010). Stanowi przy tym sytuację coraz częściej spotykaną we współczesnym świecie, której konsekwencje mają wymiar nie tylko jednostkowy, ale i społeczny. Szlendak (2011, s. 370) podkreśla, że „rozwód wymienił się dzisiaj ze śmiercią jako główny czynnik rozpadu małżeństwa", a liczba rozpadających się małżeństw wzrosła na przestrzeni ostatnich kilku dziesięcioleci dramatycznie; w Stanach Zjednoczonych w 1960 r. rozwodziło się 9 małżeństw na 1000, a w roku 1998 – 505 na 1000. Bardzo podobne statystyki dotyczą państw europejskich, szczególnie tych silnie zlaicyzowanych. Jak wskazują dane Eurostatu, umożliwiające porównanie lat 1960 i 2011 w krajach europejskich, wskaźnik rozwodów wzrósł kilkakrotnie (np: w Belgii z 0,5 do 2,9, w Holandii z 0,5 do 2,0, w Austrii z 1,1 do 2,1, w Portugalii z 0,1 do 2,5, w Finlandii z 0,8 do 2,5, na Litwie z 0,9 do 3,4, w Polsce z 0,5 do 1,7).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.1

Społeczna akceptacja rozwodu

Badania CBOS z roku 2009 nad społeczną akceptacją rozwodu wskazują na to, że 15% Polaków zdecydowanie nie akceptuje rozwiązania małżeństwa, bez względu na jego ewentualne przyczyny. Większość (prawie 2/3) Polaków nie popiera rozwodów, choć jednocześnie dopuszcza taką możliwość, gdy występują określone negatywne okoliczności. Do tych okoliczności uzasadniających rozwód należą: przemoc w rodzinie, alkoholizm, zdrada, opuszczenie rodziny przez jedno z małżonków, niezgodność charakterów, niedobór seksualny (w sensie subiektywnego doświadczenia).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS z 2009 r.

Badacze, tacy jak Miller, Perlman i Brehm (2007) uważają, że istnieje kilka przyczyn zwiększonej liczby rozwodów na świecie i zaliczają do nich: wzrost oczekiwań co do samej instytucji małżeństwa (które nie stanowi już jedynej drogi rozwoju człowieka w okresie dorosłości, a posiadanie dziecka nie wymaga już zawierania małżeństwa), wzrost ekonomicznej niezależności obojga partnerów (tzw. hipoteza niezależności), która

przyczynia się do podniesienia ryzyka rozwodu, zmianę poglądów na rozwód w rodzinie (dzieci rozwiedzionych rodziców są bardziej skłonne akceptować rozwód). Do przyczyn zwiększonej liczby rozwodów możemy także zaliczyć: większą mobilność rodzin, które często żyją w oderwaniu od rodzimych społeczności dbających o trwałość małżeństwa (Piekut-Burzyńska, 2010), niższy wiek inicjacji seksualnej czy częstszą kohabitację (por. Janicka, 2005, 2006). Rostowska (2009a) zwraca też uwagę na to, że proces godzenia ról rodzinnych i zawodowych stał się w ostatnich latach szczególnym wyzwaniem ze względu na coraz większe zaangażowanie kobiet na rynku pracy i zwiększony poziom stresu związany z niepewnością zatrudnienia itp.

Jak pisze Czerederecka (2010), zerwanie więzi i utrata ciągłości funkcjonowania rodziny jest procesem traumatycznym dla wszystkich jej członków, przy czym Amato (2000) podkreśla, że różnorodność w zakresie konsekwencji, jakie w wyniku rozpadu rodziny pojawiają się zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, wskazuje na brak jednolitego wzorca reagowania na taki kryzys, co jest wynikiem wielości przyczyn doprowadzających do rozbicia rodziny, predyspozycji indywidualnych oraz psychologicznych następstw tej sytuacji.

Warto podkreślić fakt, że rodzina po rozwodzie dorosłych nadal pozostaje rodziną, co stanowi pole do pojawiania się konfliktów związanych z wieloma wcześniej nierozwiązanymi sprawami oraz z problemami dotyczącymi dzieci (por. także Hetherington, 1981).

4.1. Kryzys rozwodowy – charakterystyka

Istnieje kilka grup czynników wpływających na sposób doświadczania kryzysu i proces radzenia sobie z nim przez poszczególnych członków rodziny. Można wśród nich wymienić: **czynniki indywidualne** o charakterze zarówno dyspozycyjnym, jak i związane z przeżywanymi stanami emocjonalnymi; **czynniki relacyjne** związane zarówno z kompetencjami jednostki w zakresie nawiązywania kontaktów, jak i z szerokimi lub wąskimi możliwościami poszukiwania wsparcia społecznego i doświadczania niezbędnej w sytuacjach kryzysowych

bliskości innych; **czynniki społeczne** związane z możliwościami oferowanymi przez środowisko zewnętrzne, takimi jak możliwości rozwijania zainteresowań, organizowania wypoczynku, jak sytuacja jednostki w szkole i miejscu pracy; oraz **czynniki duchowe** związane z religijnością czy rozwojem etyczno-moralnym jednostki. Czynniki te pozostają we wzajemnej zależności, a kryzys może przejawiać się w każdej ze sfer funkcjonowania człowieka (por. Adamczak, 1992). Beisert, Liberska i Matuszewska (2001) podkreślają przy tym, że rozwód wymaga od partnerów reorganizacji całego dotychczasowego życia, np. poradzenia sobie z problemem izolacji społecznej.

W **sferze emocjonalnej** o przeżywaniu kryzysu świadczy nadmierne nasilenie lęku, poczucia krzywdy i winy. Jednostka doświadcza również straty, pustki, a w relacjach interpersonalnych może przejawiać wstyd i skrępowanie (por. Kubacka-Jasiecka, 1997; Sęk, 1991b). Znacznie obniża się odporność psychiczna, ponieważ dotychczasowe strategie zmagania się z zagrożeniem okazują się nieskuteczne, co prowadzi do wyczerpania, a w konsekwencji przeżywanie kryzysu może manifestować się licznymi doznaniami somatycznymi (Kubacka-Jasiecka, 1997).

Doświadczenie kryzysowe wywołuje również zaburzenia w **sferze poznawczej**. Zdolność rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji może być wtedy znacznie upośledzona. Percepcja własnej sytuacji charakteryzuje się jednostronnością, pojawiające się wyobrażenia dotyczące przyszłości mogą być katastroficzne, a jednostka czuje się przedmiotem podlegającym działaniu różnych sytuacji i zdarzeń. Rozpadowi ulega także wizerunek własnej osoby i poczucie tożsamości (Kubacka-Jasiecka 1997).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.2

Rozwód w liczbach

Liczba rozwodów w stosunku do liczby zawieranych małżeństw jest od wielu lat bardzo wysoka i, jak podaje GUS, w 2011 r. odnotowano ok. 65 tys. rozwodów, co jest wynikiem o ponad 3000 wyższym niż w roku 2010. Dla porównania w latach 1990–2002 sądy orzekały 40–45 tys. rozwodów rocznie. Największy wzrost odnotowano w 2006 r., kiedy to liczba rozwodów wzrosła do 72 tys. Stroną powodową w procesach rozwodowych są w 70% kobiety, a większość (73%) rozwodów kończy się brakiem

orzeczenia o winie stron, prawie 20% orzekanych jest z winy męża, a ok. 3–4% z winy żony. Czynnikiem mającym znaczenie dla liczby składanych pozwów jest czas trwania procesu rozwodowego – im jest on dłuższy, tym mniej jest pozwów rozwodowych. Jednocześnie na przestrzeni niemal 40 lat zmalała w Polsce liczba zawieranych małżeństw. Podczas gdy w 1970 r. zawarto nieco ponad 280 tys. związków małżeńskich, to w roku 2011 już tylko 207 tys., co stanowi również spadek w stosunku do 2010 r. o ok. 21 tys.

Do rozwodu dochodzi średnio po ok. 14 latach trwania związku (prawie 60% rozwodzących się par to małżeństwa o stażu nie dłuższym niż 14 lat), przy czym ten staż małżeński nieco się wydłuża. Wzrasta średnia wieku osób rozwodzących się – mężczyźni rozwodzący się mają średnio 40–41 lat i posiadają wykształcenie zasadnicze zawodowe (38%) bądź średnie (31%); rozwiedzeni z wykształceniem wyższym stanowią ok. 17% rozwodników, podczas gdy statystyczna rozwodząca się kobieta jest o 2 lata młodsza i ma wykształcenie średnie (38%), wyższe (26%) lub zasadnicze zawodowe (24%) (GUS, 2013).

Największą część wśród osób rozwodzących się (niezależnie od płci) stanowią osoby, które zawarły związek małżeński między 20 a 24 r.ż. W 2005 r. osoby z tej grupy stanowiły 53,3% ogółu rozwodzących się kobiet oraz 51,8% mężczyzn. Pięć lat później analizowane proporcje zmieniły się nieznacznie: kobiety wychodzące za mąż w wieku 20−24 lat stanowiły 51,8% ogółu rozwodzących się kobiet, a mężczyźni żeniący się w tym wieku 41,8% ogółu mężczyzn rozwodzących się (GUS, 2011).

Około 60% rozwodów dotyczy małżeństw z dziećmi. Z danych Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 r. wynika, że rozwiedzione matki utrzymywały wtedy łącznie 458 tys. dzieci do 18 r.ż., natomiast w rodzinach niepełnych z rozwiedzionymi ojcami pozostawało na utrzymaniu łącznie 48,2 tys. dzieci. Każdego roku ponad 50 tys. dzieci doświadcza rozwodu swoich rodziców – w 2010 r. było to 52 165 dzieci (ibid.).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS z lat 1970–2013 i Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r.

4.2. Przyczyny rozwodów

Analizując na podstawie literatury polskiej i światowej przyczyny rozpadu rodziny, można uznać, że mają one charakter uniwersalny. Analiza przyczyn rozwodów (Kaja, 1992; Czerederecka, 2010; Błażek, 2012) wskazuje, że do

najczęściej wskazywanych należą: ustanie więzi uczuciowej i seksualnej oraz brak porozumienia w ważnych sprawach życiowych (w tym dotyczących wychowania i opieki nad dziećmi), nadużywanie alkoholu, zdrady małżeńskie, przemoc psychiczna i/lub fizyczna wobec członków rodziny (zarówno współmałżonka, jak i dzieci), znaczące różnice w systemie wartości małżonków, a w ostatnim czasie również praca poza miejscem zamieszkania (w tym poza granicami kraju, co negatywnie wpływa na całokształt relacji małżonków). Jako przyczynę rozwodu najczęściej małżonkowie deklarują niezgodność charakterów (30%), zdradę lub trwały związek uczuciowy z inną osobą (26%) oraz alkoholizm (20%). Występują także w tym obszarze pewne różnice płciowe. Już w latach 60. XX w. Levinger (1966) stwierdził, że kobiety częściej niż mężczyźni wymieniają przemoc fizyczną, werbalną, problemy finansowe i pijaństwo, podczas gdy mężczyźni akcentują niedobór seksualny i konflikty z teściami.

Analizując przyczyny rozpadu rodzin, możemy je uporządkować, uzyskując kilka grup czynników: **czynniki społeczno-obyczajowe**, wśród których najważniejszą rolę odgrywa społeczna aprobata decyzji rozwodowych (Czerederecka, 2010) oraz zmiana systemu wartości z przesunięciem akcentu na rozwój osobisty i samorealizację (Szlendak, 2011); **czynniki rodzinne** związane z ukształtowanymi wzorami życia małżeńskiego, z którymi młodzi ludzie wchodzą w związki (wzorce te często utrudniają adaptacje do pozostawania w relacji lub wpływają na taki sposób rozwiązywania sytuacji konfliktowych, który wiąże się z wycofywaniem się z relacji); **czynniki dyspozycyjne**, takie jak mała odporność na stres, wysoki neurotyzm itp.; oraz **czynniki osobiste sytuacyjne** i **relacyjne**, jak zdrady małżeńskie, nadużywanie alkoholu itp. (Czerederecka, 2010).

4.3. Predyktory powodzenia i niepowodzenia związku

W literaturze psychologicznej opisywane są czynniki ułatwiające przewidywanie tego, czy dany związek zakończy się rozwodem (por. Rodrigues, Hall, Fincham, 2006), wśród których wymienia się: płeć,

rasę, społeczność i kulturę, z której pochodzi jednostka, status materialny i posiadanie zatrudnienia, przedślubną kohabitację, urodzenie dziecka przed ślubem, wiek w chwili zawarcia związku małżeńskiego, wykształcenie, długość trwania związku, ponowny związek małżeński, rozwód rodziców i religijność (por. Kitson, 2006). Badania Overbeeka i współautorów (2006) pozwoliły na sformułowanie wniosków odnośnie do związku między decyzją o rozwodzie a poprzedzającymi rozwód zaburzeniami w funkcjonowaniu psychicznym. Szczególnie silnie z decyzją rozwodową korelowało nadużywanie alkoholu i zaburzenia z kręgu dystymicznych, z dominującym brakiem stabilności emocjonalnej. Rozwiedzeni dorośli ujawniali zaburzenia psychiczne szczególnie w sytuacji, gdy oceniali jakość związku małżeńskiego przed rozwodem jako niską. Badania Devine i Forehanda (1996) wykazały, iż najlepszym predyktorem prawdopodobieństwa wystąpienia rozwodu jest niska subiektywna ocena satysfakcji ze związku i małżeństwa.

Analizując psychologiczne modele dotyczące powodzenia lub niepowodzenia związku małżeńskiego, warto odnieść się do prac Levingera (1979), który zwracał uwagę na to, że niezależnie od płci sukces lub porażka małżeństwa zależą od trzech czynników: **atrakcyjności relacji**, **oporu przed rozstaniem** oraz **obecności alternatywnych rozwiązań**. Lewis i Spanier (1982) dodatkowo wprowadzili czynnik **satysfakcji małżeńskiej** w połączeniu ze **stabilnością związku**; małżeństwa mogą być: satysfakcjonujące i stabilne, satysfakcjonujące, ale niestabilne, niesatysfakcjonujące i stabilne oraz niesatysfakcjonujące i niestabilne. Satysfakcja z małżeństwa zależy od atrakcyjności relacji, podczas gdy opór przed opuszczeniem związku jest związany z obecnością atrakcyjnych alternatyw. Wymiary te pozwalają na opisanie fenomenu pozostawania w związku przez osoby z niego niezadowolone, ale np. silnie hamowane przez system przekonań, religię lub brak perspektyw ułożenia sobie życia w pojedynkę lub z innym partnerem. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z badaniami Bradbury i Fincham (1990), zadowolenie z relacji stanowi czynnik istotnie wpływający na atrybucję przyczyn negatywnych czy niepożądanych oraz pozytywnych zachowań partnera. Niezadowoleni małżonkowie postrzegają zachowania niepożądane jako stabilne (długotrwałe), charakterystyczne dla partnera (wewnętrzne) i globalne (pojawiające się niezależnie od sytuacji), podczas gdy zachowania

pożądane traktują jako zewnętrzne (wywołane okolicznościami), niestabilne (nietypowe dla partnera) i specyficzne (wynikające z presji sytuacji) (por. także Zajdlic-Plopa, 2009). Szerokie badania dotyczące czynników wpływających na dobór małżeński prowadził w Polsce Rostowski (1987). Pozwoliły one ustalić listę czynników wpływających na dobór małżeński i jakość związku małżeńskiego. Tę ostatnią rozpatruje zarówno jako proces, jak i jako ocenę stanu. Zdaniem autora dobrany związek małżeński może być określony przez odpowiedni stopień, czy nasilenie na siedmiu wymiarach: (1) miłości, (2) więzi interpersonalnej, (3) intymności, (4) podobieństwa, (5) pożycia seksualnego, (6) stosunku do dzieci oraz (7) motywów wyboru partnera do małżeństwa (Rostowski, 1987, s. 30).

Miller, Perlman i Brehm (2007) dokonali syntezy badań nad przyczynami rozwodów i na tej podstawie wyodrębnili następujące ich predyktory: socjoekonomiczne (niższe wykształcenie, zarobki i status społecznoekonomiczny), częste zmiany miejsca zamieszkania, ułatwienia prawne w uzyskiwaniu rozwodu, zwiększone zatrudnienie kobiet, młody wiek w momencie zawarcia związku, wcześniejsze małżeństwo (drugie związki rozpadają się częściej niż pierwsze), rozwód rodziców, przedmałżeńska kohabitacja, urodzenie dziecka przed ślubem, brak dzieci, duża liczba stresujących zdarzeń życiowych, większy neurotyzm i unikowy styl przywiązania oraz zwiększone wydzielanie hormonów stresu. Czynnikami chroniącymi przed rozwodem okazały się: regularny udział w praktykach religijnych (ale jeśli uczestniczy w nich tylko jedno z małżonków, rozwód jest bardziej prawdopodobny), podobieństwo postaw, bezpieczny styl przywiązania, wspólne spędzanie czasu, pozytywne interakcje, satysfakcja seksualna oraz małżeńska, przy czym, jak stwierdzają Karney i Bradbury (1995), ta druga jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem powodzenia związku.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.3

Badania Baxter (1986) przeprowadzone na studentach Uniwersytetu w Oregonie wykazały, że istnieje grupa czynników istotnych, zdaniem młodych ludzi, dla trwałości związku. W kolejności częstości pojawiania się wymieniano:

1) **autonomię** – pozwalanie partnerowi na posiadanie przyjaciół i zainteresowań poza związkiem (37%);
2) **podobieństwo** – postaw, wartości i zainteresowań (30%);
3) **udzielanie sobie wsparcia** – podnoszenie wartości i samooceny partnera (27%);
4) **otwartość** – autentyczność i szczerość w relacji (22%);
5) **wierność** – bycie lojalnym, nieoszukiwanie partnera (17%);
6) **równość** – uczciwie traktowanie, niewykorzystywanie partnera (16%);
7) **„magię"** – bycie romantycznym (10%).

W badaniu tym wystąpiły pewne różnice płciowe – kobiety częściej skarżyły się na brak autonomii, otwartości i równości, podczas gdy mężczyźni narzekali na brak romantyzmu i tajemniczości w związku. Typowym i powtarzającym się wynikiem jest koncentracja na relacji i cechach osobowości oraz niedocenianie znaczenia środowiska społecznego i kontekstu dla niepowodzenia relacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Baxter (1986).

Badania podłużne przeprowadzone przez Carrère i in. (2000) dowiodły, że istotnym predyktorem trwania związku jest subiektywnie spostrzegana więź małżeńska (powrócono do badanych par po pięciu latach). Szczególnie istotne okazały się takie czynniki, jak: troskliwość, identyfikacja z „my jako małżeństwo", rozmowność i komunikatywność obojga małżonków. Negatywnie na związek wpływały takie charakterystyki, jak: negatywizm, niezadowolenie i rozczarowanie. Markman i współautorzy (2010) wykazali z kolei, że istnieje związek między zmianami w procesie komunikowania się pary a ryzykiem rozpadu związku i doświadczania stresu w relacji ze współmałżonkiem. W wyniku przeprowadzonych przez siebie badań autorzy stwierdzili, że mniej zagrożone rozwodem są pary, w których obie strony lepiej radzą sobie z regulacją negatywnych emocji. Wyniki te są zgodne z rezultatami uzyskanymi przez Hustona i in. (2001).

4.4. Fazy procesu rozwodowego

Rydzewski (1994), analizując na podstawie literatury przebieg rozwodu jako wydarzenia intra- i interpersonalnego, wyodrębnia pięć opisanych

dalej jego faz.

Faza dyssatysfakcji charakteryzuje się narastaniem napięcia wynikającego z nierozwiązanych problemów, co przyczynia się do wzmożonej frustracji. Napięcie to jest zwykle odczuwane silniej przez jedno z małżonków, stąd też, jak wynika z analiz klinicznych przeprowadzonych przez osoby pracujące z rozwodzącymi się (Błażek i in., 2012), bardzo rzadko małżonkowie znajdują się na tym samym etapie psychologicznego procesu rozstania, co znacząco utrudnia im porozumiewanie się i osiąganie kompromisów. Można także zauważyć prawidłowość polegającą na tym, że jest to etap, na którym małżonkowie rzadko uświadamiają sobie, że przyczyny ich stanu psychicznego tkwią w relacji. Poszukują zatem rozwiązań, których celem jest poprawa funkcjonowania i jakości życia. Takim rozwiązaniem jest często poczęcie kolejnego dziecka, zmiana miejsca zamieszkania itp.

Faza konfliktów charakteryzuje się uświadomieniem sobie przez małżonków (wcześniej przez kobietę, na co wskazuje Beisert, 2000), że to związek jest przyczyną narastających problemów. W tym okresie rozpad więzi pogłębia się, przybierając charakter bardzo dynamicznych zmian i oscylowania między skrajnymi uczuciami wobec partnera. Na tym też etapie rozpad związku wchodzi często w fazę „publiczną", tj. przestaje być tajemnicą fakt, że małżeństwo się rozpada. Skutki takiego upublicznienia konfliktu są kolejnym bardzo ważnym dynamicznym aspektem relacji. Małżonkowie uzyskują zwykle wsparcie w swoich rodzinach pochodzenia, które angażują się w konflikt oraz włączają w toczący się spór przyjaciół i znajomych, którzy na ogół muszą podjąć decyzję o tym, po czyjej stronie się opowiedzą.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.4

Duck (1982; por. Rollie, Duck, 2006) przedstawił czterofazowy model rozpadu związku, gdzie **pierwsza faza stanowi proces wewnątrzpsychiczny**, którego początkiem jest zwykle konstatacja: „Nie mogę już tego znieść". W tej fazie partner (częściej mężczyzna) jest zwykle nieświadomy rozpoczynającego się rozpadu relacji, a refleksja nad związkiem oraz analiza zachowań partnera zwykle prowadzą do decyzji odnośnie do związku.

Faza wspólna czy **relacyjna** wiąże się z ujawnieniem partnerowi wątpliwości odnośnie do relacji i jej przyszłości oraz konieczności jej przekonstruowania. Na tym etapie związek może ewoluować w różnych kierunkach, najogólniej rzecz ujmując – w kierunku rozpadu lub naprawy. Jeśli partnerzy nie podejmą decyzji o naprawie, zwykle związek wchodzi w kolejną **fazę zwaną społeczną**, w czasie której każde z partnerów tworzy swoją relację przebiegu zdarzeń, dzieląc się nią z innymi osobami, co czyni rozpad wydarzeniem „oficjalnym". **Ostatnia faza – „pogrzebanie" związku** jest radzeniem sobie z przeszłością przez nadanie sensu zdarzeniom i często charakteryzuje się tendencją do postrzegania relacji jako skazanej na porażkę od samego początku. Z moich doświadczeń klinicznych w pracy z osobami rozwodzącymi się wynika, że proces ten często wiąże się z odzyskiwaniem zdolności do podejmowania relacji z innymi i kreowania własnego, korzystnego wizerunku społecznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Duck (1982, por. Rollie, Duck, 2006).

Faza decyzyjna to okres silnych ambiwalencji i ambitendencji w funkcjonowaniu psychologicznym małżonków, którzy zmieniają swoje postępowanie i przeżywają trudności emocjonalne związane z decyzją rozwodową. Rozwód staje się perspektywą jednocześnie kuszącą (daje wyzwolenie z trudnej relacji) i przerażającą (wątpliwości dotyczą zmiany statusu, stylu życia, możliwości poradzenia sobie itp.).

Faza stresu porozwodowego charakteryzuje się przeżywaniem silnego stresu, którego obecność jest często zaskakująca dla byłych małżonków, oczekujących wyciszenia emocjonalnego po procesie rozwodowym. W następstwie przeżyć związanych z rozstaniem pojawiają się symptomy depresyjne oraz liczne trudności relacyjne wynikające z utraty zaufania do ludzi, braku wiary w związki. Towarzyszy im często konieczność ułożenia relacji z byłym małżonkiem w sprawach dotyczących wspólnych dzieci, co jest dużym wyzwaniem dla obu stron. Jak podkreślają badacze (por. Braver, Shapiro, Goodman, 2006), dominuje poczucie winy, porażki, czasem wstydu, co wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie psychologiczne rozwiedzionych.

Faza przystosowania i odbudowy charakteryzuje się przystosowaniem indywidualnym i społecznym. W obszarze osobistym kształtuje się nowy styl życia, powraca naruszone poczucie własnej wartości oraz pojawiają się

na nowo zdefiniowane cele życiowe. Uczucia negatywne wygasają i w coraz mniejszym stopniu są regulatorami funkcjonowania psychologicznego jednostki. Należy przy tym zwrócić uwagę, że im dłużej trwał związek i im starszej osoby dotyczy sytuacja jego rozpadu, tym trudniejszy powrót do równowagi emocjonalnej i życiowej. W obszarze społecznym przystosowanie oznacza ponowne ustalenie się relacji z otoczeniem społecznym, na innych, zmienionych zasadach.

4.5. Funkcjonowanie psychologiczne dorosłych w sytuacji rozwodu z uwzględnieniem różnic płciowych

Badania psychologiczne niezmiennie, od lat pokazują wyższą jakość życia osób pozostających w związkach niż żyjących samotnie (por. Cochrane, 1988), a za główną przyczynę takiego stanu rzeczy uznaje się fakt chroniącej przed stresem roli małżeństwa oraz możliwość uzyskiwania wsparcia i pomocy w trudnych sytuacjach życiowych, a także dzielenia radości i sukcesów z osobami bliskimi uczuciowo. Wskazuje się przy tym w niektórych pracach, że rozwód jest większym stresem dla kobiet niż dla mężczyzn (por. Graniewska, Krupa, Balcerzak-Paradowska, 1986).

Badania przeprowadzone przez Wietzker i Buysse (2012), w których autorki skupiły się na analizie poczucia winy wobec byłego małżonka, wykazały, że odczuwanie winy wiąże się z mniejszą gotowością do kompromisu w sytuacji negocjacji rozwodowych. Poczucie winy korelowało negatywnie z satysfakcją z życia (Spanier, Margolis, 1983) oraz z trudnościami w rozwijaniu intymności (Baum, 2006).

Plopa (2011a) zaobserwował wyższy poziom stresu (przejawiającego się poczuciem przemęczenia, przeciążenia i chronicznego napięcia) u rozwodzących kobiet, które cechowała tendencja do stosowania stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach, przy mniejszych możliwościach odreagowania napięć ze względu na liczne obowiązki związane z prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi. Jak wykazali w swoich badaniach Sbarra i Emery (2008), czynnikiem istotnym

w analizach funkcjonowania okołorozwodowego jest też aspekt interpersonalny rozstania, a nie tylko czynniki wewnątrzpsychiczne. Badania wykazują, że osoby rozwodzące się doświadczają podwyższonego poziomu stresu (Amato, 2000) i praktycznie wszystkie opisują sytuację okołorozwodową w kategoriach negatywnych przeżyć emocjonalnych.

Kobiety częściej niż mężczyźni rozważają rozwód w trakcie trwania małżeństwa. Częściej również mówią o planach złożenia pozwu o rozwód zarówno osobom trzecim, jak i partnerowi (Crane, Soderquist, Gardner, 1995). Przypuszczalnym źródłem takich działań są wyższe oczekiwania kobiet dotyczące intymności i większe niezadowolenie z zaspokojenia potrzeb emocjonalnych w związku (VanFossen, 1986; za: Plopa, 2007b). Ponadto rozwód wiąże się dla nich z dalekosiężnymi konsekwencjami – pogorszeniem sytuacji finansowej, utratą statusu społecznego, zwiększeniem liczby obowiązków związanych z opieką nad dziećmi, a zatem decyzja o separacji wymaga dłuższego czasu poprzedzonego refleksją. Według niektórych badaczy dla kobiet najtrudniejszym momentem procesu rozwodowego jest czas poprzedzający decyzję o rozstaniu (Fuszara, 1994).

W literaturze przedmiotu znaleźć można ogólną charakterystykę procesów zachodzących u rozwodzących się (szeroko problem ten omawia Beisert, 1992, 1994, 1995, 2000) z uwzględnieniem płci. U kobiet problemem wysuwającym się na plan pierwszy jest tzw. zamknięcie w potrzasku spraw dziecka, opisywane m.in. przez Hetherington (1979). W badaniach polskich, jak wskazuje Beisert (2000), dodatkowo ujawniła się pułapka regresji do dziecka własnych rodziców (co autorka wiąże z sytuacją ekonomiczną i obyczajową rodzin polskich), stwarzając ostatecznie sytuację określaną jako „pułapka podwójnej regresji”. Kobieta bowiem jednocześnie musi uporać się z własną adaptacją psychologiczną, sprostać wyzwaniom samotnego rodzicielstwa oraz wyjść naprzeciw zmienionym w związku z sytuacją rozwodu oczekiwaniom dziecka. W wyniku tych napięć kobieta często skupia się wyłącznie na potrzebach dziecka (por. Wideł, 2000), odraczając własne procesy adaptacyjne, ale uzyskując chwilową ulgę wobec licznych napięć emocjonalnych. Jednocześnie jej sytuacja życiowa skłania w wielu przypadkach do większego uzależnienia emocjonalnego od rodziców, którzy, będąc źródłem wsparcia, mogą wpłynąć negatywnie na autonomię córki i jej proces

adaptacji do zmienionej po rozwodzie sytuacji psychologicznej i społecznej.

Wyniki badań Wallerstein i Kelly (1980) wskazują na to, że dla mężczyzn najtrudniejszy jest czas tuż po rozwodzie. Może to wynikać z faktu, że dłużej żywią oni nadzieję na pojednanie i utrzymanie się związku oraz dłużej odczuwają emocjonalną więź z partnerką (Greene i in., 2012). Mężczyźni w mniejszym niż kobiety stopniu dostrzegają symptomy rozpadu małżeństwa i to zwykle oni są pozwanymi w procesach rozwodowych. Ten brak zrozumienia sygnałów zagrożenia dla związku ujawnia się również w sposobie reagowania na sytuację odpowiedzialności za rozpad. Po rozstaniu mogą odczuwać poczucie winy w związku z tym, że nie sprawdzili się jako głowa rodziny, nie zapewnili poczucia bezpieczeństwa i stabilności dzieciom. Mogą również czuć się pokrzywdzeni decyzją kobiety o rozstaniu (Czabała, 1994). Poczucie winy i poczucie krzywdy przeplatają się ze sobą, wywołując poczucie chaosu. Przemiany wizerunku samego siebie są u mężczyzn intensywniejsze niż u kobiet, lecz mniej stabilne (Wallerstein, Kelly, 2008).

Badania przeprowadzone przez Błażek i współautorki (2012), w których wzięło udział 120 rozwodzących się par, ujawniły, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazują na winę męża, mężczyźni zaś częściej przyznają się do winy za rozpad związku. W licznych badaniach (por. Hetherington, Cox, Cox, 1982; Bane, 1976) wykazano także, że koncentracja na sobie po rozpadzie związku skutkuje u mężczyzn większą efektywnością funkcjonowania w różnych obszarach życia, a w konsekwencji lepszym radzeniem sobie w sensie ekonomicznym (wyższe zarobki i lepszy status). Można stwierdzić, że mężczyźni uwikłani są w tzw. podwójną pułapkę emocjonalną, w której z jednej strony nie potrafią trafnie zdiagnozować przeżywanych przez siebie stanów emocjonalnych, z drugiej zaś promowane społecznie wzorce męskich zachowań nie skłaniają do analizy własnych zachowań, co pogłębia frustrację (por. Beisent, 2000).

W przypadku mężczyzn czynnikiem o istotnym znaczeniu dla przystosowania psychologicznego do rozwodu wydaje się również częstsza niż w przypadku kobiet (one są na ogół bezpośrednimi opiekunami dzieci po rozwodzie) izolacja od dzieci. Kwestia ta staje się bardzo często przedmiotem sporów między byłymi małżonkami, gdyż kobieta ma

poczucie, że tylko ona obarczona jest obowiązkami, a ojciec realizuje przyjemności i to on jest tym „dobrym” rodzicem, a mężczyzna ubolewa nad faktem braku codziennego kontaktu z dziećmi, przez co jego wiedza o ich potrzebach i życiu staje się uboga. Lamanna i Riedmann (1988; za: Beisert, 2000) określają takich mężczyzn „ojcami z Disneylandu”. Oczywiście czynnikiem niwelującym znaczenie takiego podziału ról jest dobra współpraca rodzicielska i uczestnictwo ojca w procesie wychowawczym również w ciągu tygodnia, tak aby mógł brać udział w codziennym życiu dziecka.

Niezależnie od płci istotne znaczenie dla radzenia sobie z rozwodem mają takie czynniki, jak: czas trwania związku (im dłużej trwało małżeństwo, tym trudniejsza adaptacja), stan zdrowia somatycznego i psychicznego (im gorszy, tym bardziej prawdopodobna dezorganizacja osobowościowa i życiowa), wykształcenie i zdolności poznawcze (im wyższe, tym lepsze przystosowanie), obecność wsparcia społecznego, style radzenia sobie ze stresem.

4.6. Funkcjonowanie psychologiczne dzieci w sytuacji rozwodu rodziców

Duży wzrost liczby rozwiedzionych oznacza coraz większą liczbę dzieci żyjących w rodzinach rozbitych, niekompletnych (Wojciechowska, 1984), a należy podkreślić, że kryzys w rodzinie jest zawsze doświadczeniem szczególnie dotkliwym dla dzieci (Hetherington, 1989; Hetherington, Law, O’Connor, 1993). Nie mają one zasobów poznawczo-emocjonalnych wystarczających do skutecznego radzenia sobie z nim, a to, co dzieje się między rodzicami znacząco wpływa na ich funkcjonowanie nie tylko na terenie domu rodzinnego, ale i w innych obszarach życia. Badania wykazują, że przystosowanie dziecka do sytuacji rozpadu rodziny uzależnione jest od wielu czynników, mających nie tylko charakter indywidualnych predyspozycji, ale również wynikających z relacji między dzieckiem a rodzicami i między samymi rodzicami oraz od stopnia ich dojrzałości osobowościowej i rodzicielskiej.

Wart podkreślenia jest fakt, że niezależnie od sytuacji w związku małżeńskim, uczucia dzieci związane z rozwodem rodziców są ogólnie negatywne (por. Martin i in., 2005). Po ok. 2 latach następuje względna stabilizacja funkcjonowania psychologicznego, z wyraźnym wzrostem pozytywnych emocji świadczących o radzeniu sobie z utratą jednego z rodziców jako bezpośredniego opiekuna i ze zmianami w relacjach społecznych. W badaniu, które przeprowadzili Kurdek, Blisk i Siesky (1981), najistotniejszymi czynnikami dobrego przystosowania po rozwodzie było wewnętrzne umiejscowienie kontroli oraz wyższy poziom zdolności do rozumowania w kategoriach relacyjnych.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.5

Badania przeprowadzone przez Zilla, Morrison i Coiro (1993) mające na celu sprawdzenie, czy dzieci z rodzin rozbitych częściej doświadczają problemów psychospołecznych wykazały, że młodzi dorośli (od 18 do 22 lat), którzy przeszli przez poważny rodzinny kryzys zakończony rozwodem, dwukrotnie częściej od młodzieży z rodzin pełnych doświadczali złych relacji z rodzicami (65% miało złe relacje z ojcami i 30% z matkami), 25% tej młodzieży nie ukończyło szkoły średniej, a 40% zmuszone było korzystać z pomocy psychologicznej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zill, Morrison i Coiro (1993).

Powtarzającym się w badaniach nad przystosowaniem psychologicznym dziecka do rozwodu czynnikiem mającym istotne znaczenie jest wiek dziecka i czas, który upłynął od rozwodu (Hetherington, 1979; Wallerstein, Kelly, 1980; Allison, Furstenberg, Jr, 1989; Wallerstein, 1991). Im młodsze dziecko, tym boleśniejsze konsekwencje rozwodu, przy czym wraz z upływem czasu rosną wskaźniki dobrego przystosowania. Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że badacze koncentrujący się na wpływie rozwodu na funkcjonowanie psychologiczne dzieci dochodzą często do sprzecznych konkluzji. Dokonując pewnego uporządkowania i syntezy literatury dotyczącej wpływu rozwodu na dzieci, Harvey i Fine (2010) zwracają uwagę na fakt, że w licznych publikacjach akcentuje się albo długoterminowe konsekwencje negatywne, albo sprężystość i odporność wynikającą z tego przeżycia. Hetherington i Kelly (2002) wskazują na to,

że po początkowym okresie zmian i wstrząsów, jakie przeżywa dziecko w związku z rozwodem, w drugim roku po rozstaniu rodziców funkcjonuje ono w zasadzie (poza drobnymi różnicami) tak samo, jak jego rówieśnicy z rodzin pełnych. Z kolei Wallerstein, Lewis i Blakeslee (2000), podsumowując liczne badania na ten temat podkreślają, że około połowa osób wchodzących w okres dorosłości przeżywa nadal liczne trudności psychologiczne związane z rozwodem rodziców i zaliczają do nich: niepokój, osiągnięcia poniżej rzeczywistych możliwości, tendencję do formułowania zaniżonych ocen własnej osoby oraz częste odczuwanie złości. Emery (1999) wymienia pięć czynników, które badacze powinni brać pod uwagę, rozpatrując wpływ rozwodu na dzieci: (1) rozwód jest źródłem silnego stresu, (2) podwaja on prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychologicznych, (3) mimo zwiększonego ryzyka, większość dzieci funkcjonuje tak samo jak dzieci z rodzin pełnych, (4) dzieci, których rodzice się rozwiedli, mają wspomnienia związane z bólem i stresem, (5) różnice indywidualne w zakresie przystosowania porozwodowego są związane z funkcjonowaniem rodziny po rozpadzie, kontaktami z rodzicami, nasileniem konfliktu rodzicielskiego i sytuacją ekonomiczną rodziny. Schick (2002), porównując wyniki badań przeprowadzonych w grupie dzieci, które doświadczyły rozwodu oraz tych z rodzin pełnych stwierdził, iż dzieci z rodzin rozbitych charakteryzują się wyższym poziomem lęku społecznego i mniejszymi kompetencjami poznawczymi. Dokonując oceny funkcjonowania swoich dzieci, rodzice rozwiedzeni wskazywali na problemy związane z występowaniem tendencji do wycofywania się z relacji społecznych, z pogarszaniem się ocen szkolnych (por. Wadsby, Svedin, 1996) oraz z pojawianiem się problemów wychowawczych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez zespół Fine, Moreland i Schwebel (1983), rozwód rodziców wpływa w dłuższej perspektywie na relacje dzieci z rodzicami i ma szczególnie negatywny wpływ na relacje z ojcem, co często wiąże się z jego mniejszym udziałem w życiu dziecka po rozstaniu rodziców. Jak wskazują autorzy, negatywne konsekwencje rozwodu mogą być jednak złagodzone w sytuacji prawidłowo ukształtowanych więzi z rodzicami i małego nasilenia konfliktów między nimi po rozwodzie (por. także Cohen, Finzi-Dottan, 2005).

Długoterminowe konsekwencje rozwodu w badaniach populacji amerykańskiej opisały Wallerstein i Blakeslee (1989), wskazując w nich głównie na negatywne konsekwencje konfliktów między rodzicami i rozwodu w postaci: obniżonego nastroju, skłonności do przeżywania złości, małych osiągnięć życiowych, pochopnych decyzji o małżeństwie i rozwodzie. Zill, Morrison i Coiro (1993) przeprowadzili badania longitudinalne, których wyniki pozwalają stwierdzić jednoznacznie, że rozwód rodziców wpływa negatywnie na funkcjonowanie dziecka i konsekwencje te są widoczne w okresie wczesnej dorosłości. Dzieci z rozbitych rodzin w wieku 18–22 lat miały zdecydowanie gorsze relacje z rodzicami niż dzieci z rodzin pełnych i wykazywały zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym oraz zaburzenia zachowania, szybciej kończyły edukację, częściej też korzystały z pomocy psychologicznej. Konsekwentnie pojawiającym się wynikiem okazały się gorsze relacje z ojcami badanej młodzieży z rodzin rozbitych. Analizując uzyskane wyniki, autorzy wskazują też, że nie sam fakt rozwodu, ale raczej życie w atmosferze wysyconej konfliktami rodziców jest czynnikiem wpływającym negatywnie na funkcjonowanie młodych dorosłych. Badania Mustonena i współautorów (2011) oraz Wolfinger (2005) wykazały, że jednym z odległych skutków rozwodu jest większe prawdopodobieństwo rozwodu lub separacji w grupie osób (bez względu na płeć), które doświadczyły rozpadu rodziny, oraz że kobiety z tej grupy oceniały niżej swoje relacje intymne niż badani z grupy kontrolnej. Sanders, Halford i Behrens (1999) wykazali ponadto, że doświadczenie rozwodu rodziców w dzieciństwie może upośledzać zdolność do konstruktywnego rozwiązywania konfliktów w życiu dorosłym. Badanie prowadzone na parach narzeczonych wykazało, iż kobiety, których rodzice rozwiedli się, przejawiały w procesie komunikacji więcej zachowań negatywnych, takich jak: nadmierny krytycyzm, skłonność do oceniania, zamknięcie na wymianę informacji oraz mniej zachowań pozytywnych, takich jak poszukiwanie rozwiązania i okazywanie akceptacji. Mężczyźni nie różnili się w tym zakresie niezależnie od tego, czy mieli za sobą doświadczenie rozwodu rodziców, czy nie. Należy rozważyć alternatywne wyjaśnienie wskazujące na to, że kobiety częściej niż mężczyźni inicjują rozmowy na trudne i problematyczne dla pary tematy.

Osoby, które przeżyły rozwód rodziców, mają mniej pozytywny stosunek do małżeństwa (Whitton i in., 2008), bardziej sceptycznie oceniają prawdopodobieństwo stworzenia szczęśliwego związku i jego trwania przez długie lata. Wydaje się uzasadnione stwierdzenie, że już na początku małżeństwa osoby takie uruchamiają mechanizm obronny w postaci mniejszego zaangażowania w relację, by późniejsza (oczekiwana) porażka w mniejszym stopniu naruszała ich integralność osobowościową i dobrostan psychiczny. Przeprowadzone badania (Whitton i in., 2008) wykazały, iż w szczególności kobiety prezentują postawę mniejszego zaangażowania w związek i mniejsze poczucie pewności co do jego trwałości.

Jennifer Lansford i współautorzy (2006) poszukiwali związku między wiekiem dziecka w czasie separacji lub rozwodu rodziców a jego osiągnięciami w nauce szkolnej oraz skłonnością do internalizacji lub eksternalizacji trudności emocjonalnych związanych z tą sytuacją. Rezultaty wskazują na to, że im wcześniejsza separacja/rozwód rodziców, tym większa skłonność dziecka do zaburzeń (inter- i eksternalizacja), a im później następuje rozpad rodziny, tym większy jest jego wpływ na uzyskiwane przez dziecko oceny szkolne. Już w roku 1989 Hetherington wykazała, że młodsze dzieci ze względu na mniejsze kompetencje poznawczo-emocjonalne przeżywają więcej napięcia i lęku w związku z konfliktami i rozpadem rodziny, nie potrafią dokonać ich racjonalnej oceny, a często oddzielić własnych zachowań od tego, co dzieje się między rodzicami, stąd często obciążają się odpowiedzialnością za sytuację w rodzinie.

Jak wskazuje Czerederecka (2010), na podstawie przeglądu literatury wyodrębnić można pięć grup problemów pojawiających się u dzieci w procesie rozpadu rodziny:

- koncentracja emocjonalna i poznawcza na konflikcie rodzinnym;
- niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych;
- osłabienie kompetencji do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi;
- spadek zainteresowania kontaktami społecznymi;
- trudności z wykształceniem prawidłowego wzorca zachowań psychoseksualnych.

Analizując wymienione czynniki, należy podkreślić, że podstawowym problemem dziecka doświadczającego rozpadu rodziny jest utrata

dotychczasowych wzorców związanych z rodziną i jej funkcjonowaniem lub ich poważne zaburzenie. Jak wskazują liczne badania (por. Schick, 2002; Demo, Acock, 1988; Alpert-Gillis, Pedro-Carroll, Cowen, 1989; Fabricius, Luecken, 2007) dzieci, które doświadczyły destabilizacji związanej z rozpadem rodziny, prezentują wyższy poziom lęku w ocenie rodziców i nauczycieli. Badania Hetherington (1993) wskazują przy tym, że większość dzieci z rozbitych rodzin radzi sobie z problemami rodzinnymi w przeciągu dwóch–trzech lat od rozwodu, przy czym to radzenie sobie nie zależy wyłącznie od charakterystyk indywidualnych, ale także od relacji między poszczególnymi członkami rodziny. Konsekwencje rozwodu dla dziecka wynikają zatem nie tylko z samego rozstania, ale także z nieprawidłowego funkcjonowania rodziny przed rozwodem i/lub z trudnych warunków życia oraz konfliktów po rozwodzie (m.in. na płaszczyźnie współpracy rodzicielskiej) (Morrison, Cherlin, 1995; Vélez i in., 2011). Jak wskazują Amato i Keith (1991) nasilenie konfliktu między rodzicami jest lepszym predyktorem dobrostanu dziecka niż status małżeństwa (rodzina pełna lub rozbita). Dla większości dzieci, niezależnie od ich wieku, wieść o rozwodzie rodziców jest szokiem, ponieważ rodzice przeważnie ukrywają przed dziećmi kłótnie i spory (Jabłoński, 2008). Skrywanie uczuć emocjonalnie blokuje dzieci i utrudnia lub wręcz uniemożliwia im zbudowanie satysfakcjonujących relacji w przyszłości (Wallerstein, Blakeslee, 2003). Sytuacja, gdy rodzice otwarcie walczą, kłócą się o naturę rodzicielstwa i związane z nim sprawy, jest znacznie bardziej zagrażająca dla dobrostanu i równowagi dzieci, niż koncentracja sporów w obrębie diady małżeńskiej (zwłaszcza, jeśli dzieci są świadkami tych kłótni) (Vassiliou, Cartwright, 2001). Postawy wychowawcze rodziców w czasie trwania konfliktu rozwodowego ulegają zmianom w zależności od sytuacji i nagromadzenia emocji. Często reakcje na niewłaściwe zachowania dziecka stają się w tym okresie nadmiernie surowe lub zbyt opiekuńcze. Według badań, rozwodzący się rodzice kierują więcej sankcji i kar oraz negatywnych niekontrolowanych zachowań w kierunku dzieci, niż robili to wcześniej (Cudak, 2004).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.6

Analizując sytuację rozwodową w kontekście rozwoju tożsamości dziecka, stwierdzić można, że poszczególne etapy rozwoju niosą ze sobą specyficzne zagrożenia dla funkcjonowania psychologicznego, a model zaproponowany przez Franke (1983) oraz Wallerstein i Blakeslee (2005) sugeruje wyodrębnienie wymienionych dalej okresów i towarzyszących im trudności w funkcjonowaniu psychologicznym dzieci.

Wiek zakorzenienia (do 3 lat) – naruszenie relacji z najbliższymi, zmiana miejsca pobytu, nieprawidłowa atmosfera, konflikty i napięcia przeżywane przez bliskich zaburzają poczucie bezpieczeństwa dziecka i jego zaufanie do opiekuna (zaabsorbowany własnymi przeżyciami i konfliktem z partnerem przestaje być wrażliwym opiekunem) (Czerederecka, Jaśkiewicz-Obydzińska, 1996; Ackerman, 2006). Ograniczone kompetencje poznawcze i społeczne, zależność od rodziców i przywiązanie do domu mediują we wpływie rozwodu na dobrostan dzieci, które nie są w stanie ocenić sytuacji okołorozwodowej, motywów i uczuć rodziców oraz ewentualnych konsekwencji. Dzieci bardzo małe w momencie rozwodu, po 10 latach mają niewiele wspomnień związanych z sytuacją rozwodu oraz własnymi przeżyciami z tego okresu (Wallerstein, 2005), przy czym młodsze dzieci są w stanie stworzyć więź z ojczymem/macochą, jeśli ci są kompetentni w swojej roli (Hetherington, Cox, Cox, 1985).

Wiek winy (od 3 do 5 lat) – dzieci w tym wieku często żyją nadzieją na szybki powrót rodzica i połączenie rodziny, często towarzyszy im poczucie opuszczenia, gdy rodzic obecny jest zajęty obowiązkami swoimi i nieobecnego rodzica. Dziecko może brać na siebie winę za rozwód – bardzo często dzieci uważają, że swoim zachowaniem do niego doprowadziły („bo byłem niegrzeczny"). Jedną z możliwych reakcji dziecka jest wycofanie się do wcześniejszych etapów rozwoju, kiedy było malutkie i miało pełną opiekę obojga rodziców – co często wyraża się moczeniem się w nocy, zanieczyszczaniem się kałem, ssaniem kciuka, wzmożonym przytulaniem się itp. – może przeżywać niepewność i lęk o to, co będzie jutro – np. miewać kłopoty z zasypianiem, może bać się ciemności, budzić się w nocy z krzykiem. Rodzic nieobecny zaczyna kojarzyć się głównie z prezentami, co stanowi częsty powód narastania konfliktów między rodzicami i stawia dziecko w sytuacji trudnego wyboru. Częściej osobą niemającą na co dzień kontaktu z dzieckiem jest ojciec i to on pełni funkcje weekendowego rodzica. Badania wykazały, że istnieje związek małżeńskiego konfliktu i rozstania rodziców z problemami z zachowaniem dziecka, z odczuwanym przez nie stresem, osiągnięciami edukacyjnymi i trudnościami w przystosowaniu się; zwiazek ten jest silniejszy w przypadku dzieci młodszych (poniżej 5 r.ż.) niż starszych (w wieku szkolnym) (Kalter, Rembar, 1981; Allison, Furstenberg, 1989; Howell, Portes, Brown, 1997). U dziecka wzmaga się skłonność do obwiniania

siebie. Dzieci, których rodzice rozwiedli się przed ich 6 urodzinami, przejawiały więcej niepokoju i pobudzenia niż dzieci przeżywające rozwód rodziców w średnim dzieciństwie. Efekt ten występował także przy kontroli czynników związanych z sytuacją przed rozwodem (Pagani i in., 1997). Wskazuje on na silne krótkoterminowe konsekwencje rozpadu rodziny dla dziecka. Ponadto na uwagę zasługują wyniki badań wskazujące na to, że dzieci w wieku 2–5 lat były bardziej zaniepokojone, zalęknione, przejawiały więcej zachowań agresywnych niż starsze dzieci w sytuacji okołorozwodowej, ale 5 lat po rozwodzie ich dobrostan nie miał związku z rozstaniem rodziców, a 10 lat po rozwodzie dzieci przeżywające rozwód jako młodsze funkcjonowały lepiej niż przeżywające go jako starsze (Wallerstein, Blakeslee, 1989).

Wiek smutku (od 6 do 8 lat) – do podstawowych emocji przeżywanych w związku z rozwodem rodziców przez dziecko w tym wieku zaliczyć można lęk, poczucie zdrady, osamotnienie. Dziecko może także przeżywać przytłaczające uczucie smutku, wyrażające się w szlochaniu, popłakiwaniu; bardzo tęskni ono za rodzicem, który nie jest na stałe obecny w jego życiu i może odczuwać lęk przed tym, że utraci także rodzica, który jest w domu.

Przy napiętej atmosferze między partnerami może czuć, że musi wybierać, wobec kogo być lojalnym – wobec mamy czy wobec taty – w wyniku czego pojawiają się konflikty lojalności, które stanowią dla dziecka bardzo poważne źródło obciążenia emocjonalnego. Badania wykazały istnienie negatywnych związków między rozwodem rodziców a osiągnięciami szkolnymi i samooceną dziecka (Amato, Keith, 1991; Kaja, 1992). Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, iż istotne znaczenie dla kształtowania się poczucia własnej wartości i samooceny dziecka ma aktywne uczestnictwo w procesie wychowawczym ojca, który dostarcza dziecku wzorców zachowań społecznie pożądanych oraz motywuje do osiągnięć i aktywności zadaniowej (Cylkowska, 2009). Wyniki badania Cylkowskiej wskazują na istnienie związku między postawą akceptującą ojca (pomiaru dokonywano Skalą Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców; Plopa, 2007b) a przypisywaniem sobie przez dziecko rzadkich zalet, zaprzeczaniem wadom oraz wrażliwością na aprobatę społeczną. Postawa odrzucająca ojca okazała się mieć szczególne znaczenie dla synów, u których sprzyjała kształtowaniu się niskiego poczucia kompetencji. Postawa autonomii ma istotne znaczenie dla dziewczynek, które czują się w jej wyniku kochane i bezwarunkowo akceptowane. Dzieci przeżywające w omawianym okresie swojego życia rozwód rodziców przejawiają zaburzenia zachowania, trudności w relacjach z rówieśnikami, gorsze funkcjonowanie w szkole (nieprawidłowe zachowania wobec nauczycieli) (Cherlin, Chase-Landsdale, MacRae, 1998; Conger, Chao, 1996; Hetherington, Cox, Cox, 1985). Metaanaliza przeprowadzona przez Amato

i Keith (1991) wykazała, że 70% dzieci w wieku szkolnym w trakcie rozwodu rodziców funkcjonuje gorzej od swoich rówieśników z rodzin pełnych.

Wiek pozornej dojrzałości (od 13 do 16–18 lat) – podstawowym zagrożeniem w tym wieku jest nieprzystosowanie społeczne (szczególnie przy braku kontaktów z ojcem), problemy emocjonalne, odczuwanie braku oparcia i stany depresyjne. Dziecko może zatem czuć się nadmiernie obciążone emocjonalnym wspieraniem rodzica lub zajmowaniem się młodszym rodzeństwem, zmuszane do podejmowania samodzielnych decyzji, może oczekiwać wynagrodzenia (np. materialnego) mu strat związanych z wyjazdem rodzica, często obawia się o swoje przyszłe związki, może być nieufne wobec ludzi i wobec trwałości związków między nimi, przeżywać chroniczne zmęczenie, mieć problemy z koncentracją, wycofywać się z kontaktów z rodzicami, przejawiać problemy z zachowaniem, próbować używek i łamać normy w wyniku napięć emocjonalnych i samodzielnego poszukiwania sposobów poradzenia sobie z nimi. W konsekwencji tego wszystkiego często pojawiają się niepowodzenia szkolne. Dzieci w tym wieku mają lepsze od młodszych umiejętności dokonania oceny odpowiedzialności za rozwód, rozwiązania konfliktów lojalnościowych, przystosowania się do zmiany warunków życia i skorzystania z zewnętrznych źródeł wsparcia (Hetherington, 1989). Charakteryzuje je natomiast tzw. przyspieszone dojrzewanie, wyrażające się w przedwczesnej separacji i odcięciu emocjonalnym, czego konsekwencją może być poszukiwanie „zewnętrznych źródeł wsparcia". Źródła te mogą sprzyjać prawidłowemu rozwojowi dziecka w sytuacji kontaktu z prospołecznymi grupami rówieśniczymi i/lub konstruktywnymi relacjami z osobami spoza rodziny. Niestety częstym zachowaniem jest wiązanie się z grupami wykazującymi przejawy demoralizacji (Burt i in., 2008). Zwiększona potrzeba dziecka uzyskiwania aprobaty społecznej i akceptacji, przy słabej zdolności do zaspokajania tych potrzeb przez rodziców, przyczynić się może do nieprawidłowego rozwoju tożsamości. Moje doświadczenia w pracy klinicznej wskazują na to, że od rozwodu rodziców w tej fazie rozwoju dziecka może rozpocząć się proces jego demoralizacji, a dzieci te powracają na badania psychologiczne jako nieletni zaniedbujący obowiązek szkolny, używający środków psychoaktywnych itp.

Wiek dorosłości (od 17–18 do 21 lat) – niewiele jest badań (por. McIntyre i in., 2003) dotyczących wpływu rozwodu rodziców na funkcjonowanie psychologiczne dziecka w tym okresie. Jak wskazują Wallerstein i Blakeslee (2005) jednym z widocznych wówczas symptomów jest poczucie osamotnienia, niepewności i zagubienia, które przyczynia się do odejścia z domu i poszukiwania zewnętrznych źródeł wsparcia lub też przeciwnie – do zaniechania realizacji własnych planów w celu ratowania małżeństwa rodziców. Badania przeprowadzone przez Warner, Mahoney,

Krumrei (2009) wskazują na wyższy poziom depresyjności, lęku i negatywnych uczuć związanych z rozwodem wśród młodych ludzi (średnia wieku w badanej przez autorów grupie wynosiła 18,9), którzy uważali ten rozwód za bolesną stratę. Wynikiem zaskakującym było doświadczanie rozwoju duchowego po rozwodzie rodziców, co może wskazywać na konieczność szybszego dojrzewania młodych ludzi ze względu na konieczność poradzenia sobie z kryzysem i zmianę w obszarze ról pełnionych w rodzinie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ackerman (2006); Allison, Furstenberg (1989); Amato, Keith (1991); Burt i in. (2008); Cherlin, Chase-Landsdale, MacRae (1998); Conger, Chao (1996); Cylkowska (2009); Czerederecka, Jaśkiewicz-Obydzińska (1996; Franke (1983); Hetherington (1989); Hetherington, Cox, Cox (1985); Howell, Portes, Brown (1997); Kaja (1992); Kalter, Rembar (1981); McIntyre i in. (2003); Pagani i in. (1997); Plopa (2007b); Wallerstein (2005); Wallerstein, Blakeslee (1989, 2005); Warner, Mahoney, Krumrei (2009).

Lepiej przystosowane dzieci pochodzą z domów, w których w wyniku rozwodu nie doszło do znacznego pogorszenia sytuacji materialnej rodziny, które utrzymywały dobre relacje z drugim rodzicem, a rodzice chronili je przed skutkami konfliktu między nimi, byli zgodni co do planu rodzicielskiego i prezentowali podobne postawy wychowawcze (wymagania wobec dziecka były ustalane wspólnie), ich pozycja była oparta na autorytecie rodzicielskim i utrzymywali ze sobą poprawne relacje, umożliwiając dzieciom rozmawianie o problemach związanych z rozstaniem (por. Czerederecka, 2010).

4.6.1. Płeć dziecka a proces radzenia sobie z rozwodem rodziców

W wyniku rozwodu rodziców więcej trudności doświadczają chłopcy (por. Czerederecka, Jaśkiewicz-Obydzińska, 1996; Ackerman, 2006), co można wyjaśniać większą w tej grupie płciowej tendencją do przejawiania zachowań eksternalizacyjnych (wiążących się z wyrażaniem na zewnątrz przeżywanych emocji) oraz utratą modelu identyfikacyjnego, jakim dla chłopca jest ojciec (zwykle dzieci po rozwodzie rodziców pozostają pod opieką matek, na co wskazywali w swoich badaniach Santrock i Warshak

już w roku 1979). Dziewczynki przejawiają (choć w tym obszarze następują zmiany) większą tendencję do zachowań internalizacyjnych (tłumienie emocji negatywnych i pozornie dobre przystosowanie).

Podział na zachowania inter- i eksternalizacyjne pochodzi z klasyfikacji stworzonej przez Achenbacha (por. Crijnen, Achenbach, Verhulst, 1997; Achenbach, Edelbrock, 1979) i wydaje się użytecznym narzędziem w procesie dokonywania oceny reakcji dzieci na sytuację rozpadu rodziny. **Zachowania internalizacyjne** to zachowania nadmiernie kontrolowane i wiążące się ze zbyt silnym naciskiem na normy społeczne i przewidywanie negatywnych konsekwencji. Dzieci tak funkcjonujące uwewnętrzniają problemy, czego konsekwencją jest zahamowanie, ostrożność i wycofanie. Stają się zatem raczej ofiarami niż agresorami i często są odrzucane przez rówieśników. Zachowania takie są bardziej szkodliwe dla jednostki niż dla otoczenia i w dłuższym czasie mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych. Problemy dzieci o zachowaniach internalizujących często nie są dostrzegane przez nauczycieli i rodziców, co utrudnia wczesną interwencję i udzielenie dziecku pomocy (Urban, 2007). **Zachowania eksternalizacyjne** to zachowania charakteryzujące się niskim stopniem kontroli. Reakcje nie są poddawane emocjonalnemu tłumieniu czy intelektualnej selekcji. Istotą tych zachowań jest agresja, czynny opór wobec otoczenia, impulsywność oraz destruktywność, a zatem skutkują one naruszaniem norm społecznych. Dziecko uzewnętrznia swoje problemy, co łagodzi wewnętrzne napięcia, ale przyczynia się do konfliktów i problemów w otoczeniu społecznym (Urban, 2005). Terapia tych zachowań jest łatwiejsza, gdyż są one bardziej podatne na oddziaływania.

Dziewczynki pozostające pod opieką matek mają mniej niż chłopcy problemów z adaptacją do zmiany po 2–3 latach od rozwodu (Hetherington, Cox, Cox, 1985); po 2 latach trudności emocjonalne wygasają (Wallerstein, 1987), jednakże problemy mogą pojawić się w adolescencji pod postacią wczesnej inicjacji seksualnej i trudności w relacjach intymnych (Newcomer, Udry, 1987). Chłopcy pozostający pod opieką ojców są bardziej dojrzali, niezależni, mają samoocenę wyższą niż dziewczynki, ale też są mniej komunikatywni i ekspresyjni w wyrażaniu uczuć niż chłopcy pozostający pod opieką matek (Furstenberg, Cherlin, 1991). Chłopcy są bardziej niż dziewczynki narażeni na uczestniczenie w otwartym konflikcie rodziców (Hetherington, 1981). Chłopcy dłużej narażeni na skonfliktowaną

relację małżeńską rodziców, bardziej negatywnie reagują na małżeńskie kłótnie, trudniej jest im przyjąć wsparcie innych (Furstenberg, Morgan, Allison, 1987). Chłopcom trudniej jest poradzić sobie z rozwodem rodziców, natomiast dziewczynki dłużej adaptują się do życia w rodzinie zrekonstruowanej (Clarke-Stewart i in., 2000).

4.6.2. Cechy indywidualne dziecka i wsparcie społeczne a radzenie sobie z rozwodem rodziców

Temperament i osobowość stanowić mogą zasób pozwalający na lepsze radzenie sobie przez dziecko z sytuacją rozstania lub też przyczyniać się do trudności w tym zakresie. *Łatwy* temperament dziecka kształtuje lepsze mechanizmy radzenia sobie ze stresem, a także zmniejsza ryzyko bycia obiektem frustracji i związanych z sytuacją okołorozwodową negatywnych emocji rodziców. Dzieci **trudne** i **wolno rozgrzewające się** mają mniejsze zasoby własne, a także są bardziej narażone na krytykę rodzica, jego przemieszczoną agresję i niepokój (Hetherington, 1981, 1989; por. także Rutter, 1979). Inteligencja, autonomia, wewnętrzne poczucie kontroli, wysoka samoocena, uzdolnienia dziecka wiążą się silnie pozytywnie z jego umiejętnością przystosowania się do stresujących wydarzeń życiowych.

Ważną rolę w procesie radzenia sobie z kryzysem rozwodowym odgrywa sieć wsparcia wokół dziecka, w której szczególną rolę pełnią dziadkowie. Z perspektywy wnuków dziadkowie są centralnymi osobami, z którymi dzieci podejmują dialog tuż po separacji rodziców, i które je wspierają po rozwodzie (Lussier i in., 2002; King i in., 2003; Dunn i in., 2001). Zaangażowanie dziadków okazało się w badaniach istotnym czynnikiem ochraniającym i wpływającym na przystosowanie emocjonalno-społeczne dzieci z grup ryzyka (Jenkins, Smith, 1990). Z perspektywy dziadków kontakt z wnukami jest bardzo istotny, ale satysfakcja z jakości tych relacji maleje po rozwodzie ze względu na ograniczenie tych kontaktów (Drew, Smith, 1999).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 4.7

W swej pracy *Understanding Differences between Divorced and Intact Families. Stress, Interaction, and Child Outcome* Simons (1996) zaproponował model wpływu rozwodu na przystosowanie psychologiczne dziecka, sugerując znaczenie kilku czynników, których kombinacja może pozytywnie lub negatywnie oddziaływać na to przystosowanie. Model ten dotyczy sytuacji, w której osobą sprawującą bezpośrednią opiekę nad dzieckiem jest matka, i uwzględnia takie czynniki, jak: charakterystyka osobowościowa matki, poziom stresu życiowego i trudności ekonomicznych doświadczanych w wyniku rozwodu, zaangażowanie rodzicielskie ojca oraz stopień przystosowania psychologicznego matki i jakość jej kompetencji rodzicielskich. Analizując ten model, warto uzupełnić go o takie czynniki, jak: charakterystyka osobowościowa ojca i jakość jego kompetencji rodzicielskich oraz predyspozycje osobowościowe i temperamentalne dziecka. Wszystkie te czynniki bowiem wpływają na stopień, w jakim dziecko radzi sobie z traumą rozwodu rodziców.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Simons (1996).

Rozdział 5

Agresja i przemoc w rodzinie

Grażyna Poraj

5.1. Metody wychowawcze i postawy rodzicielskie sprzyjające agresji u dzieci i młodzieży
    5.1.1. System wartości i orientacja życiowa rodziców
    5.1.2. Nieprawidłowe stosunki uczuciowe między rodzicami a dziećmi
5.2. Agresja między rodzeństwem
5.3. Przemoc w małżeństwie, czyli dostarczanie dzieciom wzorów zachowań agresywnych
5.4. Zapobieganie i kontrolowanie agresji
    5.4.1. Zapobieganie i redukowanie agresji u dzieci
    5.4.2. Zapobieganie i redukowanie agresji wśród rodzeństwa
    5.4.3. Zapobieganie i redukowanie przemocy w rodzinie (wobec dzieci i współmałżonka)

Proces rozwoju i socjalizacji dziecka przebiega w środowisku społecznym, wśród osób, które wywierają duży wpływ na jego zachowanie. Dzięki nim zdobywa ono doświadczenia dotyczące jego samego oraz świata, w którym żyje. Zgodnie z kontekstualnym modelem Lernera (za: Brzezińska, 2000), w dynamicznych interakcjach z nimi dziecko uczy się norm społecznych, buduje własny system wartości życiowych i stosunek do otaczającej rzeczywistości. Najważniejszym elementem w tym procesie jest rodzina, a w niej rodzice, jako najbliższe dziecku osoby. Zgromadzone na terenie rodziny indywidualne doświadczenia dzieci mogą być ważnym źródłem pojawienia się i rozwoju ich agresywnego zachowania. Pierwsze reakcje agresywne są tylko dyspozycją, ale występują wśród najbardziej elementarnych reakcji emocjonalnych już we wczesnym dzieciństwie. Rodzina jest więc pierwszym środowiskiem, jakie spotyka się z dziecięcą agresją. Ona też może mieć niebagatelny wpływ na rozwijanie się zachowań niepożądanych społecznie, ich utrwalanie lub redukowanie. Co więcej, na jej terenie może występować skuteczna agresywna edukacja dzieci i młodzieży, istotnie zakłócająca prawidłowe relacje z szerszym otoczeniem społecznym (Wójcik, 1977; Ranschburg, 1980; Brzozowski, 1988; Straus, Gelles, 1990; Frączek, Kirwil, red., 1993; Grochulska, 1993; Wolińska, 2000; Poraj, 2005, 2006).

Głównym zagadnieniem jest w tym rozdziale agresja, rozumiana jako „każda forma zachowania, której celem jest wyrządzanie szkody lub spowodowanie obrażeń innej żywej istocie, motywowanej do uniknięcia takiego potraktowania” (Baron, Richardson, za: Krahe, 2005, s. 17). Takie podejście do zagadnienia umożliwia analizowanie go w dość szerokiej perspektywie, uwzględniającej różne formy przejawianej agresji. Będzie ona rozpatrywana w różnych kontekstach: jako naturalny element procesu rozwoju dzieci, jako przejaw nieprawidłowych relacji w diadzie małżeńskiej, między rodzicami a dziećmi czy antagonizmów między rodzeństwem. Niestety w środowisku rodzinnym zdarzają się także bardzo poważne formy agresji, które określane są jako przemoc domowa. Dotyczy ona zachowań naznaczonych intencją zadawania bólu lub obrażeń członkom rodziny. Najczęściej powtarza się regularnie, czasem trwa przez bardzo długi czas (Krauss, Krauss, 1995, s. 142). Statystki policyjne pokazują, że należy do najczęściej popełnianych przestępstw. Dotyczy zwykle najsłabszych osób w rodzinie, które nie potrafią się przed nią

obronić, czyli dzieci, żon, osób starszych czy chorych. Agresja i przemoc szkodzą nie tylko ofiarom. Obciążają całą rodzinę, prowadząc do jej dezintegracji, patologii, rozpadu, zachowań dewiacyjnych u dzieci (Woźniak-Krakowian, 2003). Zgromadzona bogata literatura przedmiotu pozwala opisać zjawisko agresji i przemocy w rodzinie oraz wskazać główne sposoby jej zapobiegania, redukowania oraz kontrolowania.

5.1. Metody wychowawcze i postawy rodzicielskie sprzyjające agresji u dzieci i młodzieży

Rezultaty licznych badań empirycznych wykazują, że doświadczenie zdobyte w rodzinie jest podstawowym czynnikiem wyzwalającym zachowania agresywne u dzieci. Do rozwoju takich zachowań prowadzi wiele elementów systemu rodzinnego, a w szczególności: system wartości i orientacja życiowa rodziców wyrażające akceptację dla agresji, nieprawidłowe stosunki uczuciowe między rodzicami a dziećmi i wadliwe postawy wychowawcze oraz dostarczanie dzieciom wzorów zachowań agresywnych.

5.1.1. System wartości i orientacja życiowa rodziców

Wydaje się oczywiste, że procesowi socjalizacji dzieci, w tym wykształceniu w nich wewnętrznych regulatorów społecznego zachowania się, sprzyja system wartości rodziców. Problem ten w badaniach empirycznych analizował Ignaczak (1986). Przebadano 90 uczniów w wieku 12–15 lat i ich rodziców. Starano się ustalić poziom agresji u dzieci oraz indywidualne hierarchie wartości rodziców, ich spójność i zgodność u obojga. Rezultaty analizy wyników badań wykazały wyraźny związek między agresywnym zachowaniem dzieci a uznawanymi przez rodziców systemami wartości, które kształtują m.in. postawy wobec przemocy w życiu społecznym. Co więcej, ujawniono znaczące różnice między matkami i ojcami w procesie socjalizacji agresji u ich dzieci. Nie odnotowano istotnego związku między agresywnym zachowaniem

chłopców a wartościami preferowanymi przez ich matki. Taka zależność wystąpiła jednak w przypadku ojców. Ujawniono ich ważną rolę w przejawianiu agresji synów, która związana jest z naciskiem na takie wartości życiowe, jak silna potrzeba osiągnięć, odwaga i orientacja na osiągnięcia. Ojcowie są skłonni zaakceptować agresję, jeśli tylko prowadzi ona do realizacji celów i sukcesu. Natomiast matki, które kładły nacisk na odpowiedzialność, rzetelność i konformizm, okazały się osobami odpowiedzialnymi za wykształcenie się u dzieci, głównie u synów, poczucia winy związanego z własną agresją. Poczucie winy przy ujawnianiu agresji wobec innych można potraktować jako predyktor kontroli zachowania. Nie bez znaczenia dla rozwoju i akceptacji zachowania nieakceptowanego społecznie jest także zgodność między cechami systemu wartości u obojga rodziców.

W innych badaniach Frączek i Kirwil (red., 1993) sprawdzali, czy wartości uznawane przez rodziców mają wpływ na submisyjne i agresywne zachowanie dzieci, oraz czy agresywność dziecka związana jest z systemem wartości matki czy ojca. W badaniach korelacyjnych 177 uczniów klas II, IV, VI, VIII i ich rodziców stwierdzono, że wartości uznawane przez rodziców współwystępują wyłącznie z agresją przejawianą przez chłopców. Potwierdzono, że rodziny nie powinno się traktować jako homogenicznego zespołu. Synowie silnie zdominowani przez ojców preferujących uległość przejawiają skłonność do zachowań niepożądanych w relacjach z innymi ludźmi. Nie uzyskano istotnych korelacji u dziewcząt. Matki z kolei, przez brak aprobaty dla agresji, rozwijają u swoich dzieci zdolności do kontrolowania agresji. Rezultaty badań wykazały jednoznacznie, że rodzice ceniący zachowania niedojrzałe, rywalizacyjne, agresywne czy wrogie w relacjach społecznych, kształtują u swoich dzieci określoną orientację życiową, która wzmacnia agresję i daje przyzwolenie na stosowanie jej w procesie radzenia sobie z problemami.

Na odmienną rolę matek i ojców w socjalizacji dzieci i rozwoju u nich zachowań agresywnych wskazywali także inni badacze (Brzozowski, 1988; Poraj, 2006; Wolińska, 2000). Potwierdzają oni odpowiedzialność ojców za nieakceptowane zachowanie dzieci, głównie synów. Matka, która zaspokaja potrzeby emocjonalne dzieci, rozwija w nich autonomię, potrzeby afiliacyjne i odpowiedzialność, przyczynia się do ich skutecznej socjalizacji.

5.1.2. Nieprawidłowe stosunki uczuciowe między rodzicami a dziećmi

Przy poszukiwaniu rodzinnych źródeł zaburzeń zachowania dzieci najczęściej wskazuje się na niewłaściwe metody wychowawcze rodziców, a w szczególności różne sposoby kontroli zachowania dzieci i system nagradzania oraz karania. Zdaniem Patersona w rodzinach dzieci agresywnych powszechnie występuje szkodliwy wzór interakcji, który nazywa on **procesem zniewalania rodzinnego** (Vasta, Haith, Miller, 1995). Rodziny takie charakteryzuje niewiele życzliwych i zachęcających do współpracy wypowiedzi i zachowań, a bardzo dużo wrogości i negatywizmu. Dotyczy to wszystkich członków rodziny. Agresja staje się więc sposobem dziecka na przetrwanie albo na uniknięcie bodźców awersyjnych. Niejednokrotnie brak mu okazji do wyuczenia się i przyswojenia sobie innych pozytywnych umiejętności interpersonalnych, a zachowania agresywne są jedynymi, jakie zna i stosuje. Zdarza się też, że z powodzeniem.

Zagadnienie stylów wychowania w rodzinie odwołujących się do dyscyplinowania dzieci opisał Hoffman (1970). Dwa z nich mają charakter destrukcyjny, jeden sprzyja prawidłowemu rozwojowi. Pierwszy, czyli **przejawianie siły** przez rodziców polega na demonstrowaniu dziecku pozycji dominacji. Charakteryzuje się krytyczną postawą wobec niego, traktowaniem go w sposób instrumentalny, odwołuje się do nakazów, zakazów, gróźb i kar, także fizycznych, i przemocy. Rodzice swoim zachowaniem wymuszają bezwzględne posłuszeństwo dziecka. Drugi styl, **cofanie miłości**, cechuje chłód emocjonalny wobec niego. Nie czuje się ono przez rodziców akceptowane i kochane, a raczej odrzucone. Często słyszy, że nie spełnia oczekiwań, nie zasługuje na miłość i zainteresowanie. Rodzice wypominają mu słabości, wady, ośmieszają przed innymi. Oba style prowadzą do frustracji, gniewu i agresji przejawianej wobec rodzeństwa, rodziców i szerszego otoczenia społecznego. Inaczej rozwijają się relacje rodzinne przy **indukcji**, jak Hoffman nazwał styl, w którym rodzice pozwalają dziecku na błędy. Jest to jednak reakcja w pełni dojrzała i przemyślana, nie pozostawiają go bowiem bez refleksji, wspierają natomiast w analizie zachowania i uświadamiają jego konsekwencje. Dzieci dowiadują się od rodziców, że źle postępują i mogą krzywdzić inne osoby.

W efekcie wykształca się w nich poczucie winy i oczekiwane rozumowanie moralne, które służy prawidłowej socjalizacji. Taki styl wymaga jednak równowagi psychicznej oraz dojrzałości rodziców. Nie ma formalnych procedur, które przygotowują do rodzicielstwa. Jest ono wypadkową wielu zmiennych związanych z rozwojem silnych więzi emocjonalnych z dziećmi. Ważne są m.in. doświadczenia z rodziny pochodzenia, indywidualne cechy osobowe rodziców, ich wzajemna akceptacja oraz umiejętność porozumiewania się, świadome funkcjonowanie w roli rodzicielskiej, wsparte poczuciem odpowiedzialności za efekty rozwoju i socjalizacji dzieci.

Zaburzone relacje uczuciowe w rodzinie prowadzą do deprywacji ważnych potrzeb psychicznych dziecka: miłości, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku, co istotnie zakłóca jego prawidłowy rozwój. Do takiej deprywacji prowadzą niewłaściwe postawy rodzicielskie wobec dzieci, a w tym dystans lub nadmierna koncentracja na dziecku. Nadmierny dystans uczuciowy przejawia się w agresywnym kontakcie z dzieckiem, w unikaniu go lub całkowitym odtrąceniu. Nadmierna koncentracja prowadzi często do wrogiej kontroli rodzicielskiej. Zarówno postawa odrzucenia dziecka, jak i nadmierna kontrola jego zachowania, rozwijają – co potwierdzono w badaniach empirycznych – u niego cechy i zachowania niepożądane społecznie, czyli negatywizm, nieposłuszeństwo, kłótliwość, agresywność, buntowniczość, kłamstwa, zahamowanie uczuć wyższych (Jaworowska, 1982, 1986; Brzozowski, 1988). Zachowaniom tym towarzyszy niska kontrola emocjonalna. Prowadzi to do buntu przeciw naciskom i ograniczeniom, wrogości wobec rodziców i wrogiego nastawienia w stosunku do rodzeństwa. Oczywiście brak zrównoważonej więzi emocjonalnej z rodzicami oraz deprywacja potrzeb blokuje rozwój potrzeby afiliacji, co ma swoje odzwierciedlenie w trudnościach w realizowaniu prawidłowych kontaktów z pozarodzinnym środowiskiem społecznym. Dzieci mające zaburzone relacje uczuciowe z rodzicami często charakteryzuje postawa lękowa lub wroga wobec otoczenia. Zakłóceniu ulega zarówno proces socjalizacji dzieci, jak i rozwój ich osobowości. Kształtuje się u nich albo bierność i tendencja do wycofywania się, albo negatywizm i agresja.

Zdaniem Brzozowskiego (1988) postawy wychowawcze rodziców mają większy wpływ na tendencje agresywne córek niż synów. Przyczyn tego

upatruje autor w większym zsocjalizowaniu dziewcząt niż chłopców. Dowiedziono także, że bliskość uczuciowa z ojcami hamuje, a nadmierny dystans stymuluje agresywność synów i córek. Matka bliska uczuciowo i dająca swojemu dziecku autonomię istotnie obniża agresywność u córek i synów (Wolińska, 2000).

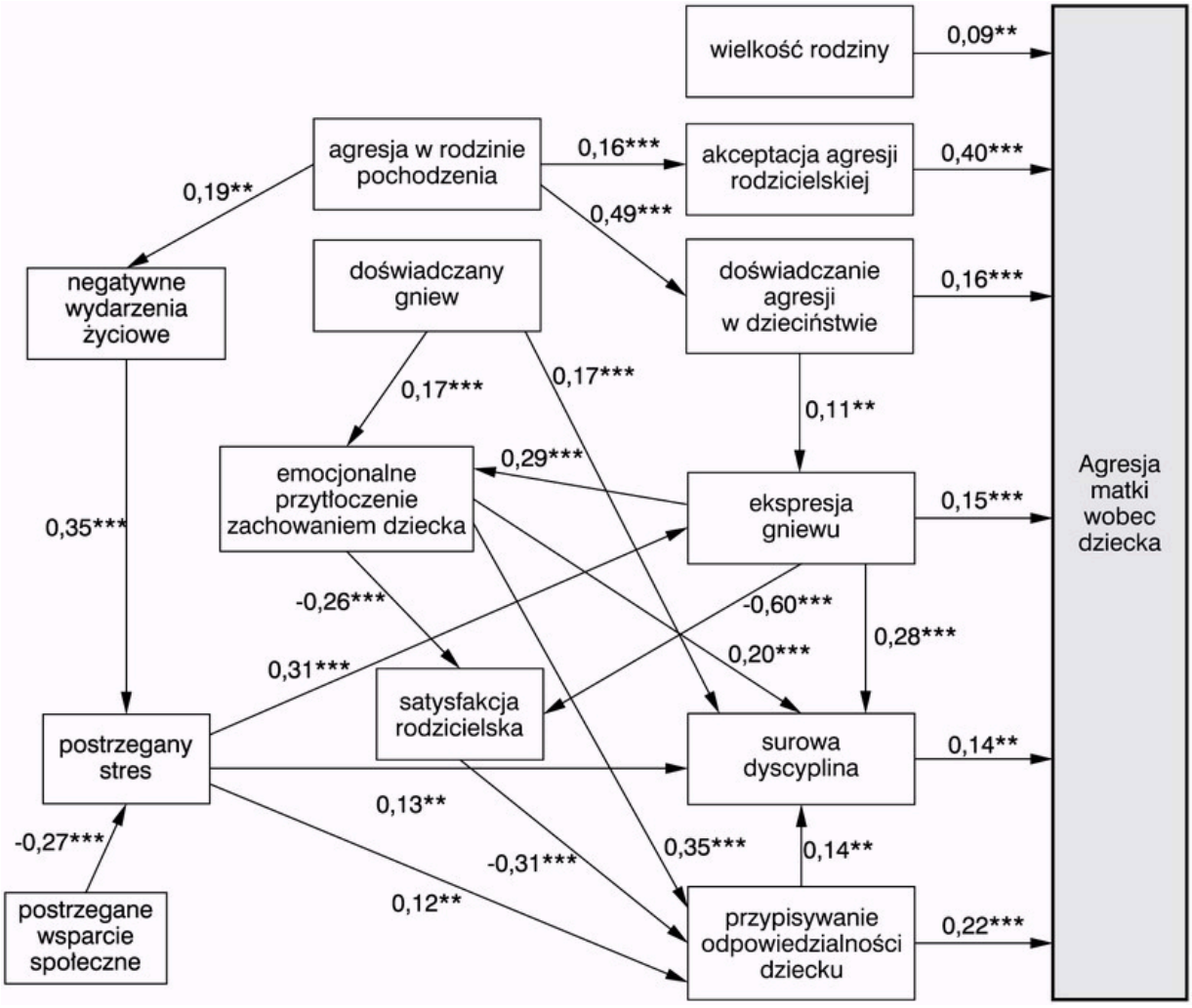
Interesujące badania związków agresji dzieci z oddziaływaniem środowiska rodzinnego opisał McCord (za: Kahn, Monks, 1997). Zbadano 174 chłopców, przejawiających poważne zaburzenia zachowania, oraz ich rodziny. Rezultaty badań korelacyjnych potwierdziły, że z agresją chłopców współwystępuje wiele nieprawidłowych elementów życia rodzinnego. Ujawniono przede wszystkim poważne problemy między rodzicami. Ich związek cechowały: brak wzajemnej akceptacji, duży chłód emocjonalny oraz wysoka konfliktowość. Przyznali się do niewłaściwej opieki nad dziećmi i wykazali wyraźny brak zadowolenia z pełnionych ról rodzicielskich. Ojcowie od wczesnego dzieciństwa prezentowali postawę odrzucającą wobec synów, często ich karali, niejednokrotnie stosowali przemoc fizyczną. Matki charakteryzował niedobór bądź nadmiar kontroli rodzicielskiej, co w obu przypadkach nie sprzyja ani prawidłowemu rozwojowi osobowości, ani też socjalizacji dzieci.

Z kolei Dominiak-Kochanek, Frączek i Konopka (2013) założyli, że istnieje związek między stylami wychowania w rodzinie a aprobatą dla agresji w życiu społecznym dorosłych. Badano systemy karania i nagradzania w rodzinie, kontrolę zachowania się dziecka w rodzinie i poza nią, poziom odczuwanego przez dzieci wsparcia emocjonalnego oraz współudział dzieci w ustalaniu reguł postępowania i wyjaśnianiu ich przekraczania. Wszystkie wskazane zachowania rodziców składały się na cztery analizowane style wychowawcze: demokratyczny, autokratyczny, liberalno-kochający i liberalno-niekochający. Analizowano aprobatę wobec sześciu form agresji interpersonalnej (ironia, manifestowanie wściekłości, stosowanie gróźb, pobicie, stosowanie tortur, zabójstwo) w sześciu różnych okolicznościach (w samoobronie, w obronie innej osoby, dla wymuszenia, w celu porozumienia się, w złości, w obronie własności, w celu ukarania). Przebadano 98 osób (59 kobiet i 39 mężczyzn) w wieku od 18 do 25 lat. W retrospektywnych badaniach oceniali oni style wychowawcze w dzieciństwie oraz wypowiadali się na temat własnej aprobaty wobec wymienionych form agresji w relacjach społecznych. Rezultaty badań

ujawniły interesujące prawidłowości. Potwierdziło się znaczenie płci dzieci przy preferencjach określonego modelu oddziaływań wychowawczych. Otóż dziewczęta częściej niż chłopcy doświadczały stylu demokratycznego, chłopcy potwierdzili, że ich rodzice częściej przejawiali wobec nich styl autokratyczny. U mężczyzn odnotowano większą aprobatę dla ekstremalnych form agresji (torturowanie, zabicie sprawcy), a także przyzwolenie dla karania za wykroczenia czy rozładowywania złości. Dodatkowe wnioski z badań wskazują, że style demokratyczny i liberalno-kochający współwystępują z niską aprobatą dla agresji w życiu społecznym. Z kolei styl liberalno-odrzucający powoduje akceptację dla agresji i przemocy młodych dorosłych. Zatem prawidłowe relacje społeczne dorosłych uwarunkowane są akceptacją, ciepłem i pozytywnymi doświadczeniami gromadzonymi w okresie dzieciństwa na gruncie rodziny.

Amy Smith Slep oraz Susan O'Leary (2007) podjęli próbę zbudowania wielowymiarowego modelu rodzicielskiej agresji wobec małych dzieci. Jest to pierwsze tak szerokie podejście do zrozumienia tych zachowań i podejmowania skutecznych interwencji w celu ich redukowania. Na początku skoncentrowali się na czynnikach ryzyka sprzyjających agresji matek i ojców wobec dzieci, opisanych w bogatej literaturze przedmiotu. Okazało się jednak, że problem jest niezwykle złożony, a rezultaty badań niejednoznaczne. Na przykład wykazali, że wiele zidentyfikowanych w różnych badaniach czynników ryzyka, jak dochód rodziny, problemy alkoholowe rodziców, nierealistyczne oczekiwania wobec dzieci, choć koreluje z agresją, nie ma to wystarczającego znaczenia dla analizowanego problemu. Powstała więc potrzeba ponownego, kompleksowego empirycznego zweryfikowania wyznaczników agresji matek i ojców. W badaniach uczestniczyły 453 rodziny z dziećmi w wieku od 3 do 7 lat. Matki i ojców poddano szczegółowym badaniom kwestionariuszowym, dotyczącym m.in. ich charakterystyk demograficznych, rodzin pochodzenia i doświadczeń agresji z dzieciństwa, indywidualnych właściwości, sposobu wychowywania dzieci, postaw wobec agresji, doświadczania stresu i kondycji psychicznej. W analizach statystycznych udało się pogrupować uwzględnione predyktory i zbudować dwa modele: uwarunkowań agresji matek i uwarunkowań agresji ojców wobec małych dzieci. Układ czynników i zależności między nimi (wraz z zaznaczonym poziomem istotności) zostały dość czytelnie zaprezentowane na rycinach 5.1 i 5.2.

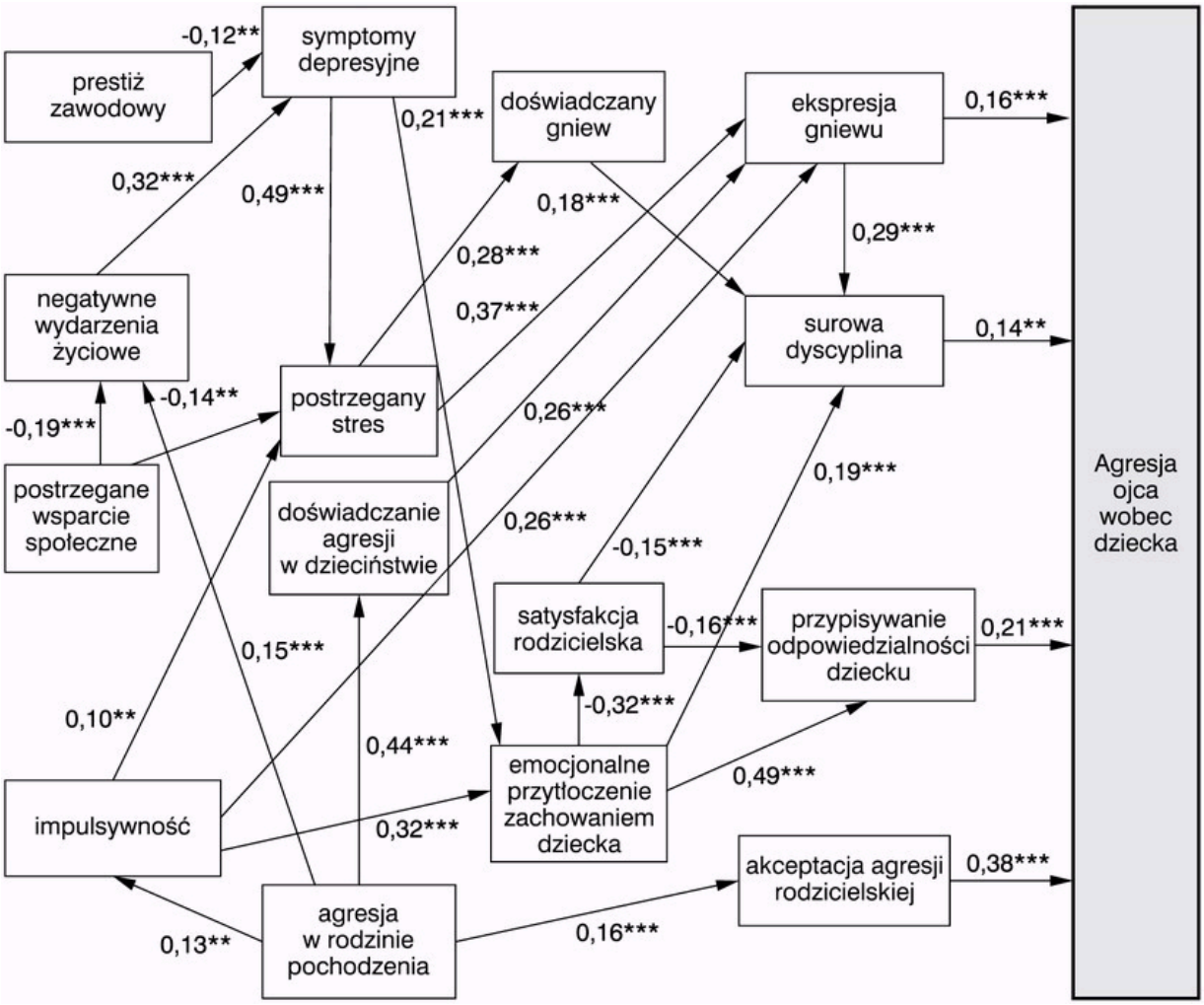
Oba wykresy na rycinach 5.1 i 5.2 pokazują, że agresywne zachowanie przejawiane przez matki i ojców wobec małych dzieci jest zjawiskiem wielowymiarowym i bardzo złożonym. Równocześnie nie wszystkie analizowane zmienne demograficzne wykazały współwystępowanie z rodzicielską agresją. Na obu wykresach brak wieku i wykształcenia rodziców, ponieważ nie udało się potwierdzić związku tych zmiennych z badanym zjawiskiem. Choć widoczne jest duże podobieństwo w predyktorach agresji matek i ojców wobec małych dzieci, odnotowano także wyraźne różnice między nimi. Najbardziej znaczącym czynnikiem u obojga okazała się **postawa akceptująca dla agresji wobec dzieci** (matki $r = 0{,}40$; ojcowie $r = 0{,}38$), która ma swoje źródło w **doświadczaniu agresji w rodzinie pochodzenia**. U matek aprobacie agresji rodzicielskiej towarzyszy przypisywanie dziecku odpowiedzialności ($r = 0{,}22$), doświadczanie agresji w dzieciństwie ($r = 0{,}16$), ekspresja gniewu ($r = 0{,}15$), surowa dyscyplina ($r = 0{,}14$) oraz w mniejszym, ale znaczącym stopniu wielkość rodziny ($r = 0{,}09$). Na wykresie wyraźnie widać zmienne determinujące wymienione czynniki. Dla przykładu u matek postrzegany stres jest bezpośrednim rezultatem negatywnych wydarzeń życiowych ($r = 0{,}35$) i może być redukowany przez postrzeganie wsparcia społecznego ($r = –0\ ,27$). Jednakże to on współwystępuje z ekspresją gniewu u matek ($r = 0{,}31$), surową dyscypliną ($r = 0{,}13$) oraz przypisywaniem dziecku odpowiedzialności ($r = 0{,}12$). Ważną pośrednią zmienną okazała się satysfakcja rodzicielska. Ujemnie koreluje ona z ekspresją gniewu matek ($r = –0{,}60$), emocjonalnym przytłoczeniem zachowaniem dziecka ($r = –0{,}26$) oraz z przerzucaniem na dziecko odpowiedzialności za własne agresywne zachowanie ($r = –0{,}31$).



RYCINA 5.1

Model predyktorów agresji matek wobec małych dzieci
*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smith Slep, O'Leary (2007, s. 746).



RYCINA 5.2

Model predyktorów agresji ojców wobec małych dzieci
*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smith Slep, O'Leary (2007, s. 747).

Wśród predyktorów agresji ojców wobec małych dzieci jako szczególnie znaczące wyłoniły się w analizie tylko cztery czynniki: wspomniana już akceptacja agresji rodzicielskiej (r = 0,38) uwarunkowana doświadczaniem jej w rodzinie pochodzenia (r = 0,16), przypisywanie dziecku odpowiedzialności (r = 0,21), ekspresja gniewu (r = 0,16) oraz surowa dyscyplina (r = 0,14). Ujawniono jednak inne wyznaczniki, które nie wystąpiły u matek. Znalazła się wśród nich impulsywność, zdeterminowana agresją w rodzinie pochodzenia (r = 0,13), która dodatnio koreluje z przytłoczeniem zachowaniem dziecka (r = 0,32), ekspresją gniewu (r =

0,26) oraz współwystępuje z postrzeganym stresem (r = 0,10). Inny nowy czynnik to symptomy depresyjne ujemnie korelujące z prestiżem zawodowym (r = –0,12), także nieujawnionym jako istotny wyznacznik przejawiania agresji u matek. Również tutaj zaznaczyła się w sposób szczególny satysfakcja rodzicielska. Ujemnie koreluje ona z przytłoczeniem zachowaniem dziecka (r = –0,32), z przypisywaniem mu odpowiedzialności (r = –0,16) oraz z surową dyscypliną (r = –0,15).

Reasumując, opisane badania Smith Slep oraz O'Leary (2007) są pierwszą i chyba udaną próbą zbudowania modelu uwarunkowań agresji matek i ojców wobec małych dzieci. Autorzy jasno pokazali kompleksowe działanie wielu czynników w powstawaniu tego niepożądanego zjawiska i tym także uzasadniają dotychczasowe niewielkie rezultaty działań interwencyjnych w dysfunkcyjnych rodzinach, które poszukują pomocy. Ciekawe okazały się podobieństwa, ale i różnice w predyktorach agresji matek i ojców – ich modele są podobne w kontekście ujawnionych czynników, ale nie są identyczne. U ojców wyłoniły się dodatkowo zmienne indywidualne (impulsywność oraz symptomy depresyjne) i ważny okazał się także prestiż zawodowy. Wśród konkluzji z badań i analizy zbudowanych modeli wyłania się szczególna zmienna – satysfakcja rodzicielska. Zdaniem autorów mogłaby się ona stać potencjalnym celem oddziaływań terapeutycznych w kierunku zmiany zachowania rodziców, nawet w kontekście tak wielu ujawnionych uwarunkowań agresji. Równocześnie wyłoniły się istotne kierunki pracy z rodzicami: radzenie sobie z własnym gniewem, praca nad atrybucjami, dyscyplinowaniem oraz postawami akceptacji dla agresywnego zachowania wobec dzieci.

5.2. Agresja między rodzeństwem

W procesie rozwoju psychicznego oraz socjalizacji dziecka na gruncie rodziny ważną rolę odgrywa rodzeństwo. Pozwala na wspólną zabawę, rozrabianie, daje wsparcie, a niejednokrotnie zaspokaja potrzeby dziecka, wyręczając rodziców. Badania wielu autorów pokazały, że kontakty z rodzeństwem mają zwykle charakter ambiwalentny, nasycone są zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi emocjami oraz doświadczeniami. Dają

dzieciom swoisty trening interpersonalny, rozwijają empatię, uczą je współpracy, współdziałania, partnerstwa, sztuki negocjacji, ale także rywalizacji oraz walki o miłość i zainteresowanie rodziców, o pierwszeństwo, przywileje, uznanie (Rembowski, 1972; Tyszkowa, 1984; Poraj, 1988a, 1988b). Przygotowują do życia poza domem rodzinnym. Zdaniem Rembowskiego (1986b) relacje między rodzeństwem to miniaturowy świat odzwierciedlający kontakty dorosłych członków rodziny. Co więcej, funkcjonowanie w rodzeństwie pozwala doświadczać przeżyć, które nie pojawiają się w innych grupach społecznych. Są to zarówno doświadczenia pozytywne, jak i negatywne, w relacjach bowiem między rodzeństwem pojawiają się agresja oraz przemoc. Jednakże temat ten był raczej ignorowany, tak przez rodziców, jak i przez badaczy, gdyż przyjmuje się, iż przemoc wśród rodzeństwa jest zjawiskiem powszechnym, naturalnym i wynika z funkcjonowania w środowisku rodzinnym. Jest więc błędnie rozumiana jako norma i rzadko widzi się w niej problem kliniczny. Tymczasem, jak pokazują badania i obserwacje życia rodzinnego opisane przez Ilg, Ames i Baker (1994), po pierwsze rodzeństwo istotnie częściej odwołuje się do aktów przemocy wobec siebie, niż dzieje się to w grupie rówieśniczej; po drugie zadaje sobie bardziej niebezpieczne w skutkach ciosy. Zdaniem Strausa, amerykańskiego badacza problemu agresji w rodzinie, ataki skierowane wobec rodzeństwa mogą przybierać różne, czasem niebezpieczne formy: ciężkiego pobicia, otrucia, grożenia nożem, pistoletem (Straus, Gelles, 1990). Z kolei Kahn i Monks (1997) powołują się na wyniki badań, z których wynika, że zabójstwa rodzeństwa dokonywane są bez większej skruchy. Wśród wszystkich zabójstw odnotowanych na terenie Nowego Jorku aż 3% stanowiły zabójstwa rodzeństwa. Zatem dysfunkcjonalne relacje rodzeństwa są niebezpieczne oraz mogą pozostawiać trwały ślad na psychice dzieci, które stają się ofiarami sióstr i braci.

Problemem agresji wśród rodzeństwa zajęli się klinicyści Caffaro i Conn-Caffaro (1998, 2005). Na podstawie prowadzonych badań i pracy terapeutycznej stwierdzili, że w Stanach Zjednoczonych agresja między rodzeństwem jest najczęściej spotykaną formą przemocy w rodzinie. Rejestruje się ją aż pięć razy częściej niż maltretowanie dzieci przez rodziców czy znęcanie się nad współmałżonkiem. Ponad połowa amerykańskich dzieci doświadczyła szarpania, bicia, gryzienia, kopania ze

strony rodzeństwa, a ok. 15% doświadcza takiej przemocy regularnie. Niepokojące jest przy tym bagatelizowanie takich sytuacji przez rodziców. Caffaro i Conn-Caffaro uważają, że może to mieć związek ze specyficznym podejściem do problemu, zgodnie z którym przyjmuje się, że krzywda wyrządzona przez dziecko nie jest tak bolesna, jak krzywdzenie przez dorosłego. Jako klinicyści od lat pracują z pacjentami, którzy w dzieciństwie doświadczyli przemocy ze strony rodzeństwa. Dziś, w już dorosłym życiu, ujawniają poważne zaburzenia emocjonalne w relacjach z bliskimi osobami oraz przejawiają problemy adaptacyjne w miejscu pracy. Brak im wiary w siebie, często odczuwają lęk, nie radzą sobie z problemami. Potrzebują więc pomocy specjalistów.

Zdaniem Jenkins Tucker z University of New Hampshire mamy do czynienia z ciekawym zjawiskiem. Otóż powszechnie krytykuje się agresję między rówieśnikami, ale ignoruje równie niebezpieczną agresję w rodzeństwie. Tymczasem zwykłe sprzeczki między braćmi i siostrami łatwo przekraczają dopuszczalną granicę, zmieniając się w upokarzanie, znęcanie się i niebezpieczną w skutkach przemoc fizyczną. Świadczą o tym liczby. W ogólnokrajowych badaniach na 3599 badanych autorka wraz ze współpracownikami analizowała skalę zjawiska agresji wśród dzieci młodszych, do 9 lat, oraz adolescentów w wieku od 10 do 17 lat (Jenkins Tucker i in., 2013). Badania prowadzano za pomocą wywiadów telefonicznych z rodzicami, dziećmi i młodzieżą. Wyniki okazały się nie tylko interesujące, ale i alarmujące. Między innymi aż 1/3 badanych ujawniła, że w ostatnim roku doświadczyła przemocy ze strony sióstr lub braci. Bardzo niepokojące są jej skutki widoczne w codziennym funkcjonowaniu. U ofiar odnotowano liczne przypadki zaburzeń zachowania, depresji, chwiejność emocjonalną oraz skłonność do doświadczania negatywnych emocji – niepokoju, gniewu, złości.

Przemoc w rodzinie, w tym także wobec rodzeństwa, była przedmiotem zainteresowań Herzberger (2002). Powołując się na badania różnych autorów wskazuje ona, że istnieje związek między przemocą w rodzeństwie a płcią i wiekiem dzieci. W rodzeństwie tej samej płci występuje dużo więcej problemów. Przemoc istotnie częściej pojawia się między braćmi niż między siostrami. Oznacza to, że chłopcy stają się najczęściej ofiarami oraz sprawcami przemocy. Równocześnie w rodzinach, w których wśród rodzeństwa występują agresja i przemoc, problemy te mają charakter ciągły.

Tym bardziej pozostawiają trwałe ślady na psychice ofiar. Autorka wskazuje, że źródłem poważnych konfliktów między rodzeństwem jest przede wszystkim problem przemocy w relacjach małżeńskich, dominacja dzieci starszych nad młodszymi oraz stronniczość rodziców w oddziaływaniach wychowawczych. Niestety są dowody na to, że interweniowanie rodziców w konflikty między dziećmi nie zawsze przynosi pożądane skutki, czasami nawet wzmaga przemoc wobec ofiar. Jak podkreśla Patterson (1986), rodzice zbyt późno i najczęściej niewłaściwie reagują na niepożądane zachowania swoich dzieci, a dyscyplinowanie dziecka agresywnego to dla nich duże wyzwanie i zwykle jest nieskuteczne.

Sporo informacji dotyczących analizowanego problemu wnieśli Kahn i Monks (1997). Między innymi wykazali, że młodsze dzieci w rodzeństwie, jako posiadające mniejsze kompetencje społeczne, wykazują większą skłonność do agresji niż dzieci starsze, ale jednocześnie z powodu jeszcze małej siły fizycznej nie potrafią się obronić i częściej stają się ofiarami agresji. Równocześnie dojrzewaniu dzieci towarzyszy coraz rzadsze występowanie większości form przemocy.

Wśród przyczyn agresji między rodzeństwem autorzy wymieniają różnorodne dysfunkcje środowiska rodzinnego. McCord i współpracownicy przeanalizowali sytuacje rodzinne 174 agresywnych chłopców (za: Kahn, Monks, 1997). Stwierdzili: poważne problemy między rodzicami i brak akceptacji dla pełnionej przez nich roli rodzicielskiej; brak właściwej opieki z ich strony; niewłaściwe oddziaływania wychowawcze (wykraczające poza ogólnie przyjęte normy); surowe dyscyplinowanie w procesie wychowywania (częste groźby i kary) oraz nadmierną bądź niewystarczającą kontrolę rodzicielską. Inne badania wskazały jako znaczące takie elementy życia rodzinnego, jak: dopuszczanie się przemocy rodziców wobec dzieci, a także przyzwolenie na agresję wśród rodzeństwa. To ważne informacje, szczególnie przy projektowaniu działań profilaktycznych i interwencyjnych (Straus, Gelles, 1990).

Nowe badania dotyczące uwarunkowań agresji, także wśród rodzeństwa, opisał zespół pracowników University of Michigan: Miller, Grabel, Thomas, Bermann i Graham-Bermann (2012). Autorzy dokonali przeglądu dotychczasowych badań problemu, wskazując, że choć jest to najbardziej rozpowszechniony typ przemocy w rodzinie, niewielu badaczy podjęło próbę zmierzenia się z nim. Skala zjawiska okazała się duża. Na przykład

cytowani wcześniej Straus i Gelles (1990) wykazali, że 80% dzieci w wieku od 3 do 17 lat przynajmniej raz doświadczyło przemocy ze strony rodzeństwa. Z kolei podczas trzygodzinnych obserwacji prowadzonych w rodzinach Martin i Ross (2005) odnotowali od 7 do 12 dotkliwych zdarzeń agresywnych w rodzeństwie.

Znaczącym wyznacznikiem zawierających agresję konfliktów wśród rodzeństwa okazał się **wiek dzieci**. Aż 53% badanych przyznało, że doświadcza regularnej przemocy fizycznej ze strony starszego rodzeństwa. W innych badaniach dotyczących związku między wiekiem dzieci i agresją Furman i Buhrmister (za: Kahn, Monks, 1997) zwrócili uwagę, że istotnie więcej konfliktów pojawia się w rodzeństwie o niewielkiej różnicy wieku niż w rodzeństwie, gdzie różnica wieku między braćmi czy siostrami jest duża. Potwierdziła się opisana już wcześniej prawidłowość. Otóż wraz z wiekiem dzieci maleje u nich częstotliwość stosowania agresji i przemocy w rodzeństwie jako sposobu radzenia sobie z rozmaitymi problemami. Należy więc sądzić, że postępujący proces socjalizacji podnosi kompetencje społeczne dzieci i zwiększa ich skuteczność w rozwiązywaniu konfliktów.

Ważną zmienną jest również płeć dzieci. W szerokich badaniach młodzieży i młodych dorosłych chłopcy przyznali się, że często dopuszczali się agresji wobec rodzeństwa, dziewczęta natomiast potwierdziły, że zwykle stawały się ofiarami takiej agresji (Button, Gealt, 2010). Ustalono także, że siłowe rozwiązywanie konfliktów w rodzeństwie jest typowe dla chłopców. Dziewczęta z kolei w takich sytuacjach konfliktowych najczęściej stosują postawę ignorującą. Zaobserwowano również, że w grupie 360 badanych pięcio- i sześcioletnich dzieci pierworodne częściej przejawiały agresję wobec młodszego rodzeństwa płci męskiej, rzadziej wobec sióstr. Chłopcy urodzeni jako drudzy częściej wchodzili w konflikty ze starszymi siostrami niż ze starszymi braćmi. Jednakże agresja występuje u dzieci częściej w relacjach z rodzeństwem tej samej płci niż z rodzeństwem płci odmiennej (za: Kahn, Monks, 1997). Dodatkowo w innych interesujących badaniach chłopcy przyznali się do wyższej niż u dziewcząt akceptacji dla agresji wobec rodzeństwa (Hardy, Bers, Burgess, Taylor, za: Miller i in., 2012, s. 166).

Przy omawianym problemie ważną i wciąż otwartą kwestią jest **stabilność objawów agresji** wśród rodzeństwa. Ciekawe rezultaty badań podłużnych podejmujących ten problem opisali Stillwell i Dunn (za: Kahn,

Monks, 1997). Przez sześć lat śledzili oni zachowanie dzieci wobec młodszego rodzeństwa. Pierwsze obserwacje prowadzono zaraz po urodzeniu się młodszego rodzeństwa, kolejne po czternastu miesiącach i po sześciu latach. Wyniki obserwacji ujawniły dodatnią, znaczącą korelację między początkowym i końcowym zachowaniem agresywnym pierworodnych dzieci wobec rodzeństwa. Badacze stwierdzili, że najprawdopodobniej agresja wobec rodzeństwa może mieć większą moc predykcyjną w zakresie przejawiania agresji w relacjach pozarodzinnych niż jakakolwiek inna konfliktowa interakcja w rodzinie.

Laura Miller i współpracownicy (2012) wskazują na ograniczenia dotychczasowych badań. Większość z nich prowadzono na młodzieży i dorosłych oraz koncentrowano się na jednym wybranym rodzaju agresji lub przemocy. Nie daje to pełnego obrazu problemu. Uznali także, że ważnym krokiem na drodze zapobiegania agresji i przemocy wśród rodzeństwa jest ustalenie jej źródeł. Kierowali się rezultatami wcześniejszych badań Buttona i Gealta (2010), którzy wykazali, że przemoc wobec rodzeństwa prowokują konflikty i przemoc międzymałżeńska, przemoc dzieci doświadczana ze strony rodziców oraz agresja i przemoc rówieśnicza. To wskazywało, że jest wiele uwarunkowań zjawiska i należy je rozpatrywać kompleksowo. Za pomocą badań ankietowych starali się zidentyfikować czynniki, które mogą wywoływać agresję i przemoc wobec rodzeństwa. Przebadano 213 rodzin z programu interwencyjnego, dokładnie diady matka–dziecko wystawione na działanie różnego rodzaju przemoc: uliczną, występującą między rodzicami, pokazywaną w mediach. Matki były osobami w wieku od 18 do 43 lat, w większości pracującymi, ze średnim wykształceniem. W grupie dzieci zróżnicowanych etnicznie znalazło się 108 dziewczynek i 105 chłopców w wieku od 3 do 5,5 roku. Wnioski z badań nie są zaskakujące – widać wyraźnie, że amerykańskie dzieci żyją dziś wśród agresji: obserwują ją w domu, na ulicy, w mediach. Te ostatnie mają bardzo duży wpływ na dzieci i niejednokrotnie modelują przemoc, także wobec rodzeństwa. Jednakże okazało się, że najsilniejszym predyktorem agresji i przemocy wśród rodzeństwa jest agresywny ojciec. Chodzi oczywiście o jego akty przemocy zarówno wobec żony, jak i wobec dzieci. Należy zatem redukować kontakt z agresją dzieci w różnych obszarach, szczególnie w najbliższym dziecku środowisku – rodzinie. Potwierdzono także, że

agresja między rodzeństwem istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się aspołecznego i antyspołecznego zachowania w przyszłości (Button, Gealt, 2010).

Agresja między rodzeństwem może być również uwarunkowana **indywidualnymi właściwościami dzieci**, wiążącymi się z przejawianiem skłonności do zachowań niepożądanych. Takimi czynnikami mogą być m.in.: temperament, nadpobudliwość psychoruchowa czy dysfunkcje mózgu, związane z zaburzeniami kontroli zachowania (CD, *conduct disorder*). Kagan, autor koncepcji jednego wymiaru temperamentu, opisał dwie odrębne genetycznie grupy dzieci: wyraźnie zahamowane i wyraźnie niezahamowane, różniące się poziomem progów reaktywności w układzie limbicznym w mózgu. **Dzieci zahamowane** przejawiają niski próg reaktywności i szybko osiągają wysoki poziom pobudzenia. Cechuje je większa neuronalna aktywacja prawego płata czołowego, co skutkuje negatywną afektywnością. Są introwertywne, a także bojaźliwe, wycofane, depresyjne. Wykazują lęk wobec osób obcych, boją się nowych zadań. Zachowania te mają charakter nieświadomy. Z badań wynika, że budzą się już z podwyższonym poziomem kortyzolu, rozszerzonymi źrenicami i podwyższonym tętnem. Mogą przejawiać zachowania agresywne wobec rodzeństwa oraz trudności przystosowawcze w środowisku pozarodzinnym (za: Rostowski, 2012).

Przypadki dzieci, u których zdiagnozowano schorzenie psychiatryczne CD scharakteryzowali naukowcy z Medical Research Council (MRC) i University of Cambridge. Choroba dotyczy 5 na 100 chłopców. Rozwija się zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku dorosłym. U chorych odnotowano mniejszą aktywność mózgu w okolicach odpowiedzialnych za przetwarzanie emocji. Chłopcy ze zdiagnozowanym CD stwarzają duże problemy wychowawcze. Zaobserwowano u nich chroniczne stany lękowe oraz dysforię, co tłumaczy ich nieadekwatne reakcje i skłonności do ujawniania gniewu, złości i agresji (Vetulani, 2010). Okazało się także, że ujawniają oni duże skłonności do zachowań agresywnych wobec rodzeństwa, niezależnie od płci i wieku (Lahey i in. 1997).

Biologiczne wyznaczniki agresji należy traktować głównie jako czynniki ryzyka pojawienia się zaburzeń, które zadziałają tylko w określonych okolicznościach, wśród których najważniejsza rola przypada jednak rodzinie. Wydaje się, że **nieprawidłowa opieka rodzicielska** należy do

najbardziej znaczących wyznaczników agresji między rodzeństwem. Na podstawie studiów indywidualnych przypadków rodzeństwa obciążonego poważnymi zaburzeniami zachowania stwierdzono, że dzieci te wychowywały się w rodzinach rozbitych, głównie z bezradną wychowawczo matką. Między rodzicami często dochodziło do przemocy, zupełnie nie interesowali się dziećmi. Dzieci były nie tylko świadkami, ale i ofiarami przemocy rodzicielskiej (Green, za: Kahn, Monks, 1997).

5.3. Przemoc w małżeństwie, czyli dostarczanie dzieciom wzorów zachowań agresywnych

Bycie świadkiem przemocy w rodzinie jest dla dziecka tak samo silnym urazem psychicznym, jak bycie ofiarą. Jednakże badacze wskazują na istnienie indywidualnych różnic w konsekwencjach takich doświadczeń dla rozwoju dzieci. U jednych skutkują trudnościami w zakresie internalizacji, u innych zaś powodują trudności w zakresie eksternalizacji. Są dzieci, u których obserwowanie przemocy między rodzicami wywołuje agresję i poważne związane z nią konflikty w środowisku pozarodzinnym. Jak wiadomo, agresja rodziców pozwala przewidywać agresywne zachowania w przyszłym związku ich dziecka. Potwierdzają to badania nad transmisją agresji i przemocy w rodzinie (Timmons Fritz, Smith Slep, O'Leary, 2012). Inne dzieci na tę samą sytuację reagują zahamowaniem, lękiem i podporządkowywaniem się (Grych, Fincham, za: Cummings, Zahn-Waxler, 1993, s. 83). Jednakże wszystkie skutki poważnie zakłócają prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka i proces jego socjalizacji. Poważne konsekwencje ponoszą także dorosłe ofiary przemocy domowej, głównie kobiety. Żyją w rodzinie, w której relacje oparte są na kontroli i władzy. Nieustannie odczuwają niepokój, lęk czy gniew.

Przemoc wobec współmałżonka nie jest zjawiskiem jednostkowym, choć większość przypadków nie jest ujawniona. Różne źródła podają różne dane dotyczące skali zjawiska, ale niewątpliwie występuje ono we wszystkich kulturach. Sondaże Światowej Organizacji Zdrowia podają, że przemoc domowa może dotyczyć od 15% do 71% osób (Garcia-Moreno i in., 2006). Badania OBOP w 1996 r. wykazały, że w Polsce jest 750 tys. kobiet bitych

w rodzinie, ale większość przypadków znęcania się nad rodziną czy maltretowania dzieci w ogóle nie trafia do sądu. W roku 2010 w kolejnych badaniach, przeprowadzonych za pomocą telefonicznych sondaży wśród 3000 respondentów, OBOP ujawnił dużą grupę osób, stanowiącą 60% badanych, którzy potwierdzili, że znają przynajmniej jedną rodzinę w swoim otoczeniu, w której występuje przemoc między małżonkami. Interesujące dane na ten temat prezentują tabele 5.1 i 5.2, zawierające statystyczne dane policyjne.

TABELA 5.1

Statystyki policyjne dotyczące przemocy domowej wobec współmałżonka w latach 2005–2011, według procedury „Niebieskiej Karty"

	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Liczba ofiar przemocy domowej ogółem	156 788	157 854	130 682	139 747	132 796	134 866	113 546
– w tym kobiety	91 374	91 032	76 162	81 985	79 811	82 102	70 730
– w tym mężczyźni	10 387	10 313	8 556	10 664	11 728	12 651	10 718

Źródło: *Przemoc w rodzinie. Statystyki policyjne* (2013).

TABELA 5.2

Statystyki policyjne za rok 2012 dotyczące przemocy domowej wobec współmałżonka, według procedury „Niebieskiej Karty"

Ogólna liczba ofiar przemocy	**76 993**	**100%**
– w tym kobiet	50 241	65
– w tym mężczyzn	7 580	10
Ogólna liczba osób podejrzewanych o przemoc	**51 531**	**100%**
– w tym kobiet	3 522	7
– w tym mężczyzn	47 728	93

Źródło: *Przemoc w rodzinie. Statystyki policyjne* (2013).

Najczęściej ofiarami przemocy są kobiety (65% ogólnej liczby ofiar w rodzinie) i proporcje te utrzymują się od lat. Natomiast wśród podejrzanych sprawców przemocy w rodzinie aż 93% stanowią mężczyźni.

Od lat poszukuje się wiedzy o przyczynach agresji i przemocy między małżonkami, stąd literatura podejmująca ten problem jest bardzo bogata. Wystarczy zatem wspomnieć o głównych czynnikach ryzyka krzywdzenia partnera. Można je ująć w trzy grupy: zmienne demograficzne, zmienne indywidualne oraz zmienne dotyczące relacji między nimi (Barnett i Wiehe, za: Krahe, 2005, s. 159–161). Do zmiennych demograficznych zaliczyć należy płeć oraz niski status socjoekonomiczny sprawców przemocy. Poważnych aktów agresji fizycznej dopuszczają się głównie mężczyźni. U kobiet z kolei mamy najczęściej do czynienia z aktami odwetu, co oznacza, że ich zachowania agresywne są zwykle poprzedzone maltretowaniem przez mężów. Badania cech indywidualnych sprawców przemocy bardzo wyraźnie wskazują na takie czynniki ryzyka, jak: niska samoocena, patologiczna zazdrość, antyspołeczna osobowość, bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie i obserwowanie przemocy w rodzinie pochodzenia. Zmienne relacji charakteryzują: brak zaangażowania partnerów oraz czas trwania związku. Nie bez znaczenia jest także brak umiejętności komunikowania się w diadzie oraz podział ról z wyraźną dominacją mężczyzny w związku, która obejmuje dominację fizyczną, materialną i decyzyjną (Bennet, Williams, 1999; Krahe, 2005). Istnieje także bogata literatura wskazująca nadużywanie alkoholu jako jedną z ważniejszych przyczyn przemocy domowej.

Przejawy i uwarunkowania przemocy wewnątrzmałżeńskiej na podstawie analizy 180 akt sądowych badała Rode (2003). Sprawcami przemocy byli wyłącznie mężczyźni. W przeważającej większości mieli wykształcenie zawodowe, ich żony zaś średnie. Średnia wieku mężczyzn wyniosła 41,2, ich żon natomiast 32,4. Długość trwania związku mieściła się w przedziale od 2 do 47 lat. Z przeprowadzonej analizy wynika jednoznacznie, że przemoc wewnątrzmałżeńska ma wieloczynnikową etiologię. Nie odnotowano zależności między przemocą a wiekiem sprawcy ani czasem trwania związku. Dominującą przyczyną krzywdzenia żon okazało się jednak nadużywanie alkoholu (u 72% mężczyzn). Zdaniem autorki picie zwalnia sprawców od odpowiedzialności za własne zachowanie. Kolejną przyczyną są stresy nękające rodzinę (13,3%), a w tym: złe warunki materialne i lokalowe, niskie dochody, bieda, bezrobocie. Poważne problemy ekonomiczne mają charakter konfliktogenny i wyzwalają negatywne emocje. Sprawcy rozładowują je stosując przemoc, bo ten

sposób radzenia sobie z problemami znają najlepiej. Na trzecim miejscu wśród czynników generujących przemoc wobec żon znalazły się zaburzenia osobowości sprawcy (9,5%), czyli: obniżenie autokrytycyzmu, konfliktowość, zanik uczuciowości wyższej, brak zdolności do budowania trwałych związków emocjonalnych, brak empatii, brak lęku, niezdolność do przewidywania skutków własnego zachowania, uleganie nałogom, skłonności autodestruktywne.

Psychospołeczny portret sprawcy przemocy w rodzinie opisała Woźniak-Krakowian (2003). Jest to zwykle jedna osoba w rodzinie, z dużych aglomeracji miejskich, które zapewniają anonimowość, bądź ze wsi, gdzie dominuje silna tradycja patriarchalna. Najczęściej to mężczyzna między 30 a 50 r.ż. znęca się nad żoną lub całą rodziną, ponieważ tak jest wychowany i agresja jest dla niego normą w komunikowaniu własnych potrzeb. Agresja i przemoc służy mu do osiągania celów i wymuszania posłuszeństwa. Nie radzi sobie z rolą męża lub ojca, ale jest przekonany, że żona i dzieci należą do niego. Bywa zazdrosny o dzieci, sukcesy żony, jej pozycję zawodową czy wykształcenie. Czuje się bezradny wobec otaczającej rzeczywistości społeczno-politycznej. Ma poczucie bezkarności, bo otoczenie nie reaguje na jego zachowanie. Przejawia zaburzenia osobowościowe powiązane z aspołecznymi oraz antyspołecznymi zachowaniami. Karze swoje ofiary za winy rzeczywiste i urojone. Często nadużywa alkoholu i jest recydywistą w zakresie przestępstw przeciwko rodzinie. Może stosować przemoc psychiczną, fizyczną bądź seksualną (Woźniak-Krakowian, 2003).

Analogicznie, jak w przypadku krzywdzenia dzieci, krzywdzenie współmałżonka cechuje się pewną ciągłością. Rzadko są to jednostkowe przypadki, a raczej stałe wybuchy złości, agresywne rozwiązywanie wszelkich problemów małżeńskich i rodzinnych. Rodziny dotknięte takim doświadczeniem obciąża stały agresywny wzorzec interakcji w parze rodziców. Skutkuje to u ofiar doświadczaniem zespołu stresu pourazowego. Niestety u krzywdzonych kobiet obserwuje się także bardzo niepokojące zjawisko uwięzienia w związku, oparte na mechanizmach oskarżania siebie, zaprzeczania przemocy i adaptacji do niej (Krahe, 2005).

5.4. Zapobieganie i kontrolowanie agresji

5.4.1. Zapobieganie i redukowanie agresji u dzieci

Zapobieganie i redukowanie agresji to z wielu powodów duże wyzwanie. Przede wszystkim trudno walczyć z tym, co uważa się za naturalne i powszechne. Ponadto, gdy pojawia się agresja u dzieci, reakcje dorosłych często skierowane są na symptomy, a nie na przyczyny zaburzonego zachowania. Stąd, choć latami poszukuje się skutecznych sposobów, wciąż jest jeszcze dużo do zrobienia. Problem jest na tyle złożony, że trzeba go rozpatrywać w wielu płaszczyznach: z perspektywy procesu rozwoju dzieci; nieprawidłowych relacji między rodzeństwem; ze względu na indywidualne właściwości dzieci i młodzieży, które wiążą się ze skłonnością do przejawiania niepożądanych zachowań, czy wreszcie ze względu na niewłaściwe style wychowawcze w rodzinie, oparte głównie na surowej dyscyplinie i karaniu.

Przy kontrolowaniu agresji dzieci ważne jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czym jest ona spowodowana, czy jest walką o zaspokojenie potrzeb, czy o zapewnienie sobie bezpieczeństwa, czy może wołaniem o pomoc, o zainteresowanie otoczenia. Niejednokrotnie służy jedynie redukcji lęku i rozładowaniu frustracji. Właściwy stosunek dorosłych zarówno do źródeł, jak i do przejawów zachowań niepożądanych, może więc mieć znaczący wpływ na ich kontrolowanie. Wymaga to jednak dużej świadomości i odpowiedzialności dorosłych.

Od dojrzałych rodziców należałoby oczekiwać:

- akceptacji pierwszych naturalnych reakcji gniewu jeszcze małego dziecka i traktowania ich jako sposobu na usunięcie dyskomfortu lub rozładowanie napięcia;
- budowania bliskich i serdecznych więzi z dzieckiem, aby nie dawać mu okazji do manifestowania dominacji czy karania rodziców;
- wychowywania dziecka w systemie powszechnie akceptowanych wartości życiowych i systematycznego uczenia go przestrzegania zasad i norm postępowania z dorosłymi i rówieśnikami;
- uczenia dziecka rozróżniania co jest dobre, a co złe;

- przekazywania mu jasno jego praw i obowiązków i w miarę możliwości systematycznego ich egzekwowania;
- ograniczania okazji do powstawania u dziecka potrzeby agresji przez zaspokajanie jego potrzeb i przestrzeganie, aby agresywne zachowania nie przynosiły oczekiwanych przez dziecko rezultatów;
- niestwarzania dziecku okazji do uczenia się agresji przez naśladownictwo niewłaściwego zachowania bliskich dorosłych oraz wystrzegania się agresywnego karania go za różne przewinienia, gdyż jest to ważne źródło modelowania agresji;
- pomagania dziecku w rozładowywaniu negatywnych emocji i doświadczanych frustracji bez stosowania agresji;
- wycofania się z karania agresji czy wyhamowywania jej na rzecz kierowania jej na drogę prospołeczną (są to przecież duże pokłady energii);
- wystrzegania się faworyzowania jednego dziecka wśród rodzeństwa, na rzecz jednakowego traktowania wszystkich dzieci;
- rozwijania u dzieci i młodzieży umiejętności dochodzenia do kompromisu;
- spokojnego, ale szybkiego reagowania na przejawy agresji, analizowania z dzieckiem takiego zachowania i jego skutków;
- wychowywania dziecka do odpowiedzialności za słowa i własne zachowanie.

Wymienionym zadaniom powinny towarzyszyć działania ukierunkowane na rozwijanie u dzieci empatii, uczenie ich zachowań prospołecznych, zachęcanie do przyjaznych kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi, okazywanie im szacunku. Rezultaty takich działań przynieść mogą rodzicom dużo satysfakcji w realizacji rodzicielskiej misji.

5.4.2. Zapobieganie i redukowanie agresji wśród rodzeństwa

Doświadczenie pokazuje, że rodzice nie radzą sobie z agresją w rodzeństwie i trudno się dziwić, bo problem jest bardzo złożony. Co więcej – nie ma dla nich wielu propozycji działań interwencyjnych. Niejednokrotnie rodzice nie pozwalają dzieciom na okazywanie negatywnych emocji, tłumią je w zarodku, ale też nie pomagają im

rozwiązywać problemów, często je lekceważąc. Zdarza się, że łatwo karzą jedno z dzieci, któremu przypisują winę w konflikcie. Są to zawodne metody. Pomóc może natomiast stała troska o silne więzi uczuciowe w rodzinie i minimalizowanie rywalizacji wśród dzieci o miłość rodziców. Rodzice muszą nauczyć się dzielić swój czas po równo między wszystkie dzieci, żadne bowiem nie może czuć się zaniedbywane. Ważne jest wyznaczanie i egzekwowanie granic, aby zadbać o właściwą przestrzeń w rodzinie dla każdego dziecka, bo każde z nich potrzebuje prywatności. Trzeba traktować dzieci indywidualnie, ale i uczyć je dochodzenia do porozumiewania się ze sobą. Dzieciom bardzo potrzebna jest pomoc w poszukiwaniu sposobów wyrażania złości bez wyrządzania szkody oraz rozwiązywania konfliktów bez uciekania się do agresji.

Zbudowaniem modelu interwencyjnego w sytuacji agresji wśród rodzeństwa zajął się Caspi (2013). Opisał drogę dochodzenia do stworzenia modelu, który sam wielokrotnie z powodzeniem zweryfikował w praktyce terapeutycznej. W modelu wyodrębnił dwa fundamentalne obszary:

- **wiedzę na temat czynników powstawania agresji między rodzeństwem** (uwzględniającą rodzinę jako funkcjonujący system, konstelacje rodzinne, indywidualne charakterystyki dzieci);
- **podejście praktyczne według terapii systemowej, zorientowanej na zadanie** (interwencyjne wskazówki i zadania dla rodzeństwa i rodziców, służące doskonaleniu relacji między nimi).

W trzech szczegółowo omówionych przypadkach autor wskazał centralne interwencje dopasowane do problemu agresji w rodzeństwie. W pierwszym z nich była to zmiana sekwencji zachowań dotyczących dzielenia zabawek i czasu rodziców między córkami: sześciolatką i dziewięciolatką. W drugiej rodzinie centralna interwencja dotyczyła usunięcia faworyzowania przez rodziców jednego z dzieci i zmiany przekonań syna, że został przez nich zapomniany. Trzeci przypadek to korekta opiekuńczej roli starszego brata. Centralna interwencja sprowadzała się do przekonania agresywnego, trzynastoletniego syna, że matka rozumie jego frustrację związaną z opieką nad młodszym rodzeństwem i wspiera go w tej roli, gdy sobie nie radzi z młodszymi siostrami. Model jest bardzo interesujący i pokazuje ciekawy sposób pracy z rodzeństwem. Autor

deklaruje dalsze intensywne testowanie go z kontrolowaniem jego efektywności.

5.4.3. Zapobieganie i redukowanie przemocy w rodzinie (wobec dzieci i współmałżonka)

Skutki doświadczania przemocy w rodzinie są bardzo szkodliwe i rozległe dla wszystkich ofiar – zarówno dzieci, jak i dorosłych. Stąd proponuje się, aby strategie zapobiegania i redukowania ich rozpatrywać na trzech poziomach:

- **na poziomie społecznym** przez kształtowanie powszechnej postawy braku akceptacji dla przemocy domowej, wsparte normami prawymi ułatwiającymi ujawnianie oraz bezwzględne represjonowanie takich zachowań. Ważnym zadaniem społecznym jest rozwijanie i popularyzowanie sieci instytucji ochrony ofiar przemocy domowej;
- **na poziomie rodziny** w postaci interwencji dokonywanej w samych rodzinach zagrożonych lub z problemem przemocy. Dokonuje się tego przez uczenie rodziców umiejętności wychowawczych i rozwijanie u nich umiejętności radzenia sobie z własnymi negatywnymi emocjami. Ten model interwencji służy procesowi tworzenia środowiska rodzinnego bez przemocy. Jest niezwykle trudny do realizacji, gdyż wymaga zaangażowania się rodziców. Czasami bywa też niemożliwy do zastosowania, bo rodzina nie rokuje współpracy i zmian. Wówczas trzeba przerwać przemoc przez zmianę ofiarom środowiska;
- **na poziomie indywidualnym** proponuje się terapię psychologiczną ofiarom oraz sprawcom. Ofiary trzeba wzmacniać i pomagać im w uzyskaniu niezależności psychicznej i w radzeniu sobie w życiu. Sprawców uczy się kontrolowania gniewu, przełamuje się ich nawykowe wzorce agresywnego zachowania, uczy zachowań pożądanych, empatii w relacjach z innymi. Zadanie wydaje się bardzo trudne, ale są doniesienia, że takie działanie może być skuteczne (Krahe, 2005, s. 211–214).

Rozdział 6

Rodzina a zachowanie antyspołeczne

Mieczysław Radochoński, Lidia Perenc, Anna Radochońska

6.1. Zachowania antyspołeczne i ich przyczyny
6.2. Rodzina jako miejsce rozwoju zachowań antyspołecznych
    6.2.1. Rola czynników genetycznych
    6.2.2. Struktura rodziny
    6.2.3. Charakterystyczne cechy matki
    6.2.4. Charakterystyczne cechy dzieci
    6.2.5. Relacje w rodzinie
    6.2.6. Osadzenie rodzica w zakładzie karnym
6.3. Mechanizm transmisji międzypokoleniowej a zachowania antyspołeczne

Rola różnorodnych czynników determinujących rozwój zachowania antyspołecznego (ZA) od dawna jest przedmiotem badań podejmowanych na gruncie różnych dyscyplin nauki, takich jak m.in. psychologia, pedagogika, socjologia, genetyka czy kryminologia. Każda z tych dyscyplin, w swoisty dla siebie sposób, interesuje się zależnościami zachodzącymi między rodziną i jej funkcjonowaniem a ZA. Kolejno realizowane programy badawcze potwierdzają obecność istotnych korelacji między wieloma zmiennymi odnoszącymi się do funkcjonowania rodziny a objawami zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży, w tym o charakterze antyspołecznym. O ile istnienie wspomnianych zależności nie budzi większych wątpliwości, o tyle można zadać pytanie: w jaki sposób wyniki najnowszych badań w tym zakresie mogą być wykorzystane do weryfikacji dotychczas obowiązujących koncepcji teoretycznych wyjaśniających związki między rodziną a ZA? Już w latach 60. XX w. niektórzy uczeni (m.in. Bell, 1968) zaczęli kwestionować jednokierunkową interpretację zależności występujących między czynnikami rodzinnymi a zachowaniem jednostki. Idea ta została poparta przez rosnące grono badaczy, szczególnie tych, którzy opierali się na systemowej koncepcji rodziny. W późniejszych latach zaczęto domagać się „reinterpretacji” roli czynników rodzinnych, gdyż okazało się, że zależności między nimi a zachowaniem członków rodziny mają charakter dwukierunkowy. Oznaczało to, że środowisko rodzinne wpływa na rozwój dziecka w określony sposób, ale jednocześnie dziecko wpływa na zachowanie swoich rodziców i inne elementy psychospołecznego kontekstu rodziny. W swojej pracy poświęconej tej problematyce Lytton (1990) stwierdził wręcz, że byłoby czymś niewłaściwym myśleć o jednokierunkowym wpływie rodziców na dzieci, podczas gdy w rzeczywistości mamy tu do czynienia z procesem transakcyjnym opartym na dwukierunkowej wymianie interakcji.

Wyniki badań prowadzonych pod koniec XX w. zwróciły uwagę na konieczność uwzględniania ważnej roli dodatkowych zmiennych. W rezultacie powstał koncepcyjny model oparty na trzech założeniach:

- istnieje genetyczna predyspozycja do ZA przekazywana z rodziców na dzieci;
- obecność tego rodzaju predyspozycji u rodzica sprzyja zaburzeniom funkcjonowania rodziny;

- z kolei obecność tej predyspozycji u dziecka prowadzi do rozwoju ZA.

Na tym przykładzie widać, jak poważne zmiany w ostatnich latach nastąpiły w podejściu do badań nad rodziną i jej wpływem na rozwój jednostki. Okazało się, że koncentrowanie się na wybranych pojedynczych czynnikach nie wystarczy do właściwego zrozumienia złożonych procesów, jakie w rzeczywistości tu występują.

Kolejnym przykładem może być zmiana w podejściu do patogennej roli rozbicia rodziny z powodu rozwodu rodziców i wychowywania dziecka przez samotną matkę. W dawniejszej literaturze czynnik ten traktowany był jako istotna przyczyna zaburzeń zachowania u dzieci. Wynikało to m.in. z faktu, że kilkadziesiąt lat temu rozwód i towarzyszące mu rozbicie rodziny były zjawiskiem rzadkim, spotykającym się z potępieniem ze strony środowiska społecznego. W rezultacie dzieci z takich rodzin były stygmatyzowane, co sprzyjało negatywnym postawom ze strony rówieśników. Obecnie, wraz z drastycznym wzrostem liczby rozwodów i przypadków samotnego rodzicielstwa, obserwujemy osłabienie stygmatyzacji występującej dawniej w takich przypadkach. W rezultacie przestają one być traktowane jako istotne czynniki ryzyka zaburzeń zachowania. Z nowszych badań wynika, że formalna struktura rodziny nie jest tak ważna dla rozwoju dziecka, jak jakość relacji i interakcji między jej członkami, kompetencje wychowawcze opiekunów oraz zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa.

Ważnych informacji na temat rzeczywistej roli czynników rodzinnych w rozwoju ZA dostarczają publikacje oparte na metaanalizie literatury przedmiotu. Wynika z nich, że najsilniejszym predyktorem zaburzeń zachowania o charakterze antyspołecznym są czynniki socjalizacji jednostki (por. Loeber, Stouthamer-Loeber, 1986). Szczególnie chodzi tu o dwie zmienne: (1) brak zaangażowania rodzica w proces wychowania dziecka oraz (2) brak właściwego nadzoru rodzicielskiego, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci w okresie dorastania. Brak zaangażowania rodzica może przejawiać się m.in. tym, że nie spędza on wolnego czasu z dzieckiem, nie interesuje się jego postępami w nauce szkolnej, nie zwraca uwagi na dobór przyjaciół przez dziecko. Kolejnym ważnym czynnikiem socjalizacji okazał się sposób egzekwowania dyscypliny wobec dziecka. Cytowani autorzy stwierdzili istotną zależność między ZA u dzieci a stosowaniem nadmiernie

surowych kar przez rodziców. Wyniki metaanalizy zwróciły uwagę na istotne znaczenie także innych czynników, których rolę w tym rozdziale zasygnalizujemy.

6.1. Zachowania antyspołeczne i ich przyczyny

W literaturze przedmiotu można spotkać różne definicje pojęcia „zachowania antyspołeczne". Jak wynika z ogólnej definicji sformułowanej przez Rebera, cechą wspólną zachowań należących do tej grupy jest „zaburzenie bądź szkodzenie funkcjonowaniu grupy lub społeczeństwa" (Reber, 2000, s. 54). Inne definicje ZA podkreślają, że jego cechą jest **lekceważenie praw innych ludzi oraz szkodzenie im i społeczeństwu, zarówno w sposób intencjonalny, jak i przez zaniedbanie**. W tym kontekście jest ono przeciwieństwem zachowania prospołecznego, które ukierunkowane jest na udzielanie społeczeństwu pomocy w osiąganiu różnych korzyści (Berger, 2003). Z aktywnością antyspołeczną wiąże się naruszanie norm regulujących zachowanie jednostek należących do danej grupy społecznej. Obejmuje ono szerokie spektrum zachowań naruszających skodyfikowane przepisy prawne (jak np. morderstwo, używanie nielegalnych substancji), a także niepisane normy obyczajowe (np. pijaństwo, zdrada małżeńska). Na gruncie psychiatrii przewlekłe zachowania tego rodzaju stanowią ważne kryterium diagnozowania osobowości antyspołecznej (DSM-IV) lub osobowości dyssocjalnej (ICD-10).

Zachowania antyspołeczne można przedstawić w postaci kontinuum, do którego należą takie postacie zachowań, jak np. naruszanie norm społecznych, sprzeciwianie się autorytetom, gwałcenie praw innych ludzi, oszukiwanie ich, kradzieże mienia, lekceważenie i poniżanie innych. Pierwsze objawy ZA można identyfikować dość wcześnie, bo u już u trzy-, czteroletnich dzieci. Jeśli rodzice lub opiekunowie lekceważą je i nie ingerują w ich przebieg, należy spodziewać się z czasem ich dalszej eskalacji oraz przekształcania się w trwałe wzorce zachowania. Z wczesnym początkiem rozwoju ZA łączy się zwykle ich przewlekły przebieg w późniejszym okresie życia, co jest bardziej typowe dla

chłopców. U dziewcząt natomiast ZA ujawniają się później (zwykle w fazie dorastania) i łatwiej poddają się korekcji. Często ZA towarzyszą inne postacie zaburzeń, jak np. nadpobudliwość ruchowa, stany depresyjne, impulsywność i deficyty parcjalne.

Wśród przyczyn determinujących rozwój ZA można wyróżnić **czynniki genetyczne**, **neurobiologiczne** i **środowiskowe**. Do czynników wysokiego ryzyka związanych z rodziną należą: występowanie ZA u rodziców, uzależnienie rodzica od środków psychoaktywnych, chaotyczny styl funkcjonowania rodziny, niski poziom kompetencji wychowawczych rodziców, rozpad małżeństwa wskutek rozwodu lub separacji, zaburzenia psychiczne u rodziców (np. depresja u matki) oraz zła sytuacja materialna rodziny wywołana ubóstwem lub bezrobociem. W ostatnich latach dodatkowo należy liczyć się z wpływem agresji obecnej w środkach masowego przekazu i grach komputerowych, a także wzrostu przemocy w relacjach interpersonalnych występujących w grupach rówieśniczych młodzieży. Jednakże rola tych dodatkowych czynników może być modyfikowana przez odpowiedni wpływ rodziny, np. rodzice mogą kontrolować kontakty swych dzieci ze środkami przekazu oraz grupami rówieśniczymi. Dlatego bez większej przesady można stwierdzić, że szeroko rozumiana rodzina jest najważniejszym zbiorowym czynnikiem determinującym w określonych warunkach rozwój ZA u dziecka lub też chroniącym je przed tym zaburzeniem.

W przypadku większego nasilenia i przewlekłego przebiegu ZA, u starszych dzieci i młodzieży można diagnozować występowanie **zaburzeń kontroli zachowania** (*conduct disorder*) lub **zaburzeń opozycyjno-buntowniczych** (*oppositional-defiant disorder*). U takich osób istnieje poważne ryzyko ukształtowania się w dorosłym okresie życia **osobowości antyspołecznej** (*antisocial personality disorder*).

6.2. Rodzina jako miejsce rozwoju zachowań antyspołecznych

6.2.1. Rola czynników genetycznych

Każde dziecko otrzymuje od swoich rodziców określony materiał genetyczny, który w znacznym stopniu determinuje jego przyszły rozwój. Jak wynika ze współczynników estymacji uzyskanych w wielu badaniach, udział czynników genetycznych w rozwoju ZA waha się w granicach 0,50. Szacunki te oparte są na rezultatach rzetelnie przeprowadzonych badań w takich krajach, jak Holandia, Wielka Brytania, Norwegia, Szwecja, Australia i Stany Zjednoczone. Na przykład Rhee i Waldman (2002), opierając się na wynikach metaanalizy 51 badań z udziałem bliźniąt i dzieci adoptowanych, określili wartość współczynnika estymacji na poziomie 0,41. Wprawdzie w niektórych badaniach wartości tego wskaźnika okazały się niższe od 0,20, jednak badaniom tym można postawić poważne zarzuty natury metodologicznej, jak np. zbyt małą liczbę osób badanych, czy zbyt szeroki zakres wieku. Podobne zarzuty można sformułować pod adresem badań, w których udział czynnika dziedziczności oceniono powyżej 0,70. Niższe wartości współczynników odnoszących się do udziału dziedziczności w przekazywaniu cech sprzyjających rozwojowi skłonności do ZA uzyskiwane są zwykle w badaniach opartych na danych obserwacyjnych, które w dodatku obejmują wąski zakres aktywności antyspołecznej. Z kolei wartości przeciętne współczynników estymacji często dotyczą badań, których wyniki uzyskano przy zastosowaniu technik typu *self-report* (samoopisu), polegających na tym, że osoby badane same oceniają częstotliwość i rodzaj popełnianych czynów o charakterze antyspołecznym.

Przy ocenie roli czynników genetycznych w rozwoju ZA należy brać pod uwagę m.in. sposób dystrybucji genów w populacji ogólnej. Z wielu badań wynika, że przy doborze partnerów życiowych niektórzy mężczyźni i kobiety biorą pod uwagę podobieństwo występujące między nimi w zakresie zachowania, w tym również ZA (*assortative mating*). Tacy partnerzy zwykle posiadają więcej dzieci niż wynosi przeciętna dla populacji ogólnej (Farrington, Barnes, Lambert, 1996). Kojarzenie się na

zasadzie podobieństwa partnerów wywiera istotny wpływ na zróżnicowanie genetyczne w danej populacji. Z faktu, że część ludzi zawiera trwałe związki z osobami podobnymi do siebie wynika, że ich rodziny będą się istotnie różniły od innych, w których dobór partnerów miał charakter przypadkowy. Jeśli w następnych pokoleniach dobór ten będzie odbywał się w podobny sposób, to w tych rodzinach należy liczyć się z koncentracją określonych genów warunkujących fenotyp związany z ZA. Potwierdzają to wyniki wielu badań opartych na metodach genetyki ilościowej (*quantitative genetics*). Dobrym przykładem mogą być klasyczne już badania przeprowadzone w grupie 14 500 duńskich rodzin z adoptowanymi dziećmi (Mednick, Gabrielli, Hutchings, 1984). Analiza uzyskanych wyników wykazała, że wartość współczynnika estymacji określającego udział dziedziczności w determinowaniu ZA zależała od rodzaju zmiennej określającej aktywność antyspołeczną badanych. Jeśli brano pod uwagę tylko to, czy dana osoba była w ogóle skazana, czy nie, wówczas wartości wskaźników były niskie, jeśli zaś opierano się na liczbie wyroków sądowych w ciągu całego życia – to wartości wskaźników istotnie wzrastały.

Wzrostowi przestępczości w Polsce i w innych krajach towarzyszy wyraźny wzrost zainteresowania opinii publicznej rolą różnych czynników, w tym dziedziczności, w przekazywaniu skłonności antyspołecznych, szczególnie w odniesieniu do sprawców najcięższych przestępstw. Empiryczne dane uzyskiwane z badań nad tym problemem nie są spójne. Jednym z powodów jest fakt, że liczba sprawców tego rodzaju przestępstw jest mała. Ponadto, wbrew popularnym poglądom, przestępcy określani w mediach jako szczególnie niebezpieczni, nie zawsze spełniają odpowiednie kryteria diagnostyczne ustalone dla najpoważniejszych postaci ZA. Dla przykładu, z analizy tzw. portretów psychologicznych morderców wynika, że tylko połowa z nich przez dłuższy okres życia popełniała poważne przestępstwa (jak np. gwałty, napady rabunkowe czy bójki z użyciem niebezpiecznych narzędzi), podczas gdy druga połowa dopuściła się tylko jednego aktu przestępczego tego rodzaju. Oznacza to, że sprawcy najpoważniejszego przestępstwa, jakim jest morderstwo, stanowią grupę zróżnicowaną pod względem wyposażenia genetycznego.

Z powodu wymienionych kontrowersji i trudności metodologicznych, niektórzy badacze uważają, że metody genetyki ilościowej nie są

wystarczająco adekwatne do zastosowania w odniesieniu do sprawców najcięższych przestępstw. Pod tym względem większe możliwości stwarza genetyka molekularna (*molecular genetics*). Pozwala ona bowiem identyfikować specyficzne geny związane z określonymi cechami zachowania, w tym również o charakterze antyspołecznym. Należy jednak pamiętać, że ZA jest bardzo złożoną postacią zaburzeń, występującą w szerokim społeczeństwie pod różnymi postaciami, dlatego można przypuszczać, że w jego rozwoju zaangażowanych jest wiele genów.

W latach 80. ubiegłego stulecia uwagę badaczy zwróciła pewna rodzina z Holandii, której męscy członkowie wykazywali wzmożoną aktywność przestępczą, m.in. dopuszczali się gwałtów, podpaleń i napadów. Analizując podłoże genetyczne tych zaburzeń, zaczęto poszukiwać w obrębie chromosomu X genu, który miałby związek z ZA u badanych mężczyzn. Po pewnym czasie skoncentrowano się na roli genu odpowiedzialnego za produkcję białka pod nazwą oksydaza monoaminowa typu A (MAOA), które bierze udział w regulowaniu metabolizmu serotoniny w mózgu. Okazało się, że u męskich członków badanej rodziny, stosujących przemoc w ramach swojej aktywności antyspołecznej, występował bardzo niski poziom MAOA zdeterminowany defektem wspomnianego genu. Dodatkowo mężczyzn tych cechował niski poziom inteligencji (Brunner i in., 1993). W latach następnych uzyskane wyniki zostały potwierdzone w badaniach, jakie przeprowadzili Caspi i współpracownicy (2002) w pięćsetosobowej grupie chłopców. Badanych podzielono na 2 grupy różniące się poziomem aktywności MAOA w mózgu. Okazało się, że chłopcy posiadający genotyp determinujący niski poziom aktywności MAOA oraz jednocześnie będący ofiarami przemocy rodzinnej we wczesnej fazie życia, w późniejszych latach byli bardziej skłonni do naruszania obowiązujących norm społecznych niż ich rówieśnicy z wysokim poziomem aktywności MAOA. Okazało się także, iż chłopcy z wysokim poziomem aktywności MAOA nie przejawiali ZA nawet wówczas, gdy w rodzinie występowała przemoc i zaniedbywanie ze strony rodziców. Wyniki tych badań wydają się szczególnie interesujące, gdyż demonstrują znaczenie zależności występujących między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi dla rozwoju ZA u dzieci. W przyszłości, m.in. dzięki zastosowaniu metod genetyki molekularnej, będzie można z większą precyzją oszacować rzeczywisty udział czynników

środowiskowych zaangażowanych w rozwoju ZA, takich jak np. zaniedbywanie dziecka, ubóstwo czy wadliwy styl wychowania. W tym kontekście wiele można spodziewać się po badaniach longitudinalnych prowadzonych na bliźniętach i dzieciach adoptowanych. Badania tego rodzaju umożliwiają bowiem prześledzenie równowagi zachodzącej między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi w różnych fazach cyklu życiowego.

6.2.2. Struktura rodziny

Badania nad związkami zachodzącymi między strukturą rodziny a ZA w ostatnich latach koncentrują się głównie na funkcji wychowawczej rodzin rozbitych przez rozwód lub separację małżonków. Szczególne zainteresowanie badaczy wzbudza pełnienie tej funkcji przez samotne matki. Uzyskiwane wyniki nie są jednoznaczne, lecz wydają się wskazywać na fakt, że czynnikami ryzyka rozwoju ZA w większym stopniu, niż sam rozwód i brak ojca, są stres i konflikty między rodzicami poprzedzające ich separację (McCord, 1999). Dla porównania, samotne rodzicielstwo spowodowane śmiercią współmałżonka nie stanowi istotnego czynnika ryzyka tego rodzaju (Rutter, Giller, Hagell, 1998). Wydaje się, że rozbicie rodziny sprzyja rozwojowi ZA u dziecka w sposób pośredni, gdyż zwiększa szansę wystąpienia takich niekorzystnych zjawisk jak zaniedbywanie dziecka lub stosowanie wobec niego przemocy.

W literaturze przedmiotu ostatnich lat dominuje przekonanie o braku bezpośredniej zależności między formalnie traktowaną strukturą rodziny a ZA. Stanowisko to jasno wyrazili Ganem i Agnew, stwierdzając, że „struktura rodziny (tj. bez względu na to, czy obecni lub nieobecni są oboje naturalni rodzice) jest o wiele mniej ważna niż charakter relacji między rodzicami a dziećmi” (Ganem, Agnew, 2007, s. 633). Więcej argumentów dostarczają wyniki innych badań, które wskazują na ważną rolę procesów wewnątrzrodzinnych determinujących ZA, jak np. osłabienie lub zanik więzi między rodzicami a dzieckiem czy zaburzenia w komunikowaniu się. Procesy te modyfikowane są przez odpowiednie, szkodliwe lub korzystne, praktyki wychowawcze rodziców.

Z przedstawionych badań nie wynika, że przy rozważaniu roli czynników determinujących rozwój ZA u dzieci i młodzieży struktura rodziny powinna

być lekceważona. Na przykład w badaniach, jakie w Anglii przeprowadzili Kolvin i współpracownicy (1988) okazało się, że chłopcy, którzy w ciągu początkowych 5 lat życia doświadczyli rozwodu lub separacji rodziców, istotnie częściej byli w późniejszych latach skazywani za popełnianie przestępstw (53%) niż ich rówieśnicy z pełnych rodzin (28%). Wcześniej podobne rezultaty uzyskała McCord (1979) w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (Boston). Autorka stwierdziła, że zachowania przestępcze wykazywali przede wszystkim ci chłopcy pochodzący z rozbitych rodzin, których matki nie okazywały im wsparcia emocjonalnego. W analogicznych badaniach przeprowadzonych w Nowej Zelandii okazało się, że istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju ZA u dzieci jest ich obecność podczas częstych kłótni między rodzicami (Fergusson, Horwood, 1998).

Interesujących danych dostarczyły badania, jakie przeprowadzili Demuth i Brown (2004) w 16-tysięcznej grupie adolescentów, z czego 7000 stanowiła młodzież z rodzin rozbitych. Analiza wyników wykazała, że najwyższe wskaźniki przestępczości odnosiły się do badanych wychowywanych przez samotnych ojców, którzy nie utrzymywali ze swymi dziećmi pozytywnych więzi emocjonalnych. Dla porównania, w rodzinach, w których samotni ojcowie dobrze wywiązywali się ze swych obowiązków opiekuńczo-wychowawczych, wskaźniki przestępczości nieletnich nie różniły się istotnie od analogicznych wskaźników w rodzinach pełnych. Na tej podstawie można wnioskować, że pozytywne więzy łączące dzieci z rodzicami odgrywają w rodzinach rozbitych rolę czynnika chroniącego dziecko przed rozwojem tendencji antyspołecznych. Dzięki temu istnieje mniejsze ryzyko jego wchodzenia w relacje z wykolejonymi społecznie rówieśnikami oraz ukształtowania postaw i zachowań antyspołecznych.

Nowsze badania wykazują, że liczba dzieci w rodzinie i kolejność urodzenia są zmiennymi, które należy brać pod uwagę przy rozpatrywaniu czynników ryzyka ZA. Na przykład dzieci urodzone jako pierwsze na ogół rzadziej angażują się w aktywność antyspołeczną, co można tłumaczyć faktem, że w krytycznych fazach rozwoju mogły liczyć na zwiększoną uwagę i opiekę ze strony rodziców (Bègue, Roché, 2005). W odniesieniu do wpływu liczby dzieci w rodzinie na ZA opinie badaczy są podzielone. Jedni uważają, że obecność rodzeństwa odgrywa korzystną rolę w socjalizacji dziecka – starsze rodzeństwo może zapewnić wsparcie, które przekłada się

na rozwój przydatnych umiejętności społecznych, a także uzyskiwanie wyższych wyników w nauce (Downey, Condron, 2004). Inni autorzy zwracają uwagą na niekorzystne aspekty posiadania dużej liczby rodzeństwa. Chodzi tu głównie o rozproszenie odpowiedzialności rodziców, poświęcanie zbyt mało czasu poszczególnym dzieciom, a także osłabienie kontroli nad ich zachowaniem (Widmer, Weiss, 2000). Rola dużej liczby dzieci jako predyktora zachowania przestępczego i rozwoju osobowości antyspołecznej, została potwierdzona w badaniach takich autorów, jak Ellis (1988), Farrington i Loeber (1999) oraz Farrington (2000).

Należy dodać, że w praktyce niektóre strukturalne elementy funkcjonowania rodziny trudne są do oddzielenia od innych, co utrudnia ocenę ich roli w procesie uspołecznienia dziecka. Wydaje się oczywiste, że bez względu na strukturę rodziny obecność silnych, pozytywnych więzi między jej członkami sprzyja kształtowaniu się u dziecka norm i zachowań prospołecznych.

6.2.3. Charakterystyczne cechy matki

Wiek matki

W literaturze przedmiotu przeważa pogląd, zgodnie z którym zbyt młody wiek matki należy traktować jako czynnik ryzyka ZA u dziecka. Za tym stanowiskiem przemawiają wyniki badań sugerujące, iż różnorodne zaburzenia zachowania częściej występują u dzieci matek nieletnich niż matek dorosłych (Cairns i in., 1998; Woodward, Fergusson, 1999). Dodatkowo takie dzieci osiągają niższe wyniki w testach inteligencji oraz częściej doznają niepowodzeń szkolnych (Fergusson, Lynskey, 1993). Badania nad epidemiologią zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży wykazały, że częstotliwość tych zachowań maleje w miarę wzrostu wieku matki w momencie porodu (Orlebeke i in., 1998). Na tej podstawie można przyjąć, iż zbyt wczesne macierzyństwo należy traktować jako czynnik ryzyka pojawiania się ZA u potomstwa.

Zaburzenia psychiczne matki

Wśród zaburzeń psychicznych u matek szczególną uwagę badaczy zwracają zespoły depresyjne i lękowe. Osoby cierpiące na depresję przeżywają

trudności w relacjach interpersonalnych, które mogą prowadzić do zaburzeń w pełnieniu ról rodzicielskich. Na przykład matki z depresją poporodową rzadziej dotykają dziecka i ograniczają liczbę innych interakcji z nim, co negatywnie odbija się na jego rozwoju emocjonalnym, a także wpływa na upośledzenie jego rozwoju mowy (Herrera, Reissland, Shepherd, 2004). Wyniki badań prowadzonych na gruncie nauk medycznych z kolei wskazują na fakt, że depresja u matek, zarówno przed-, jak i poporodowa, wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla fizjologicznego rozwoju dziecka. Noworodki matek depresyjnych wykazują podwyższony poziom kortyzolu i norepinefryny, obniżony poziom dopaminy oraz asymetrię w obrazie EEG frontalnej okolicy mózgu (Diego i in., 2004). Obecność tych wczesnych zmian fizjologicznych może, do pewnego stopnia, tłumaczyć różnice w późniejszym zachowaniu dzieci matek depresyjnych w porównaniu z zachowaniem dzieci kobiet zdrowych. Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia depresyjne u matek wpływają w niekorzystny sposób na jakość opieki rodzicielskiej sprawowanej nad dzieckiem. Po dłuższym czasie należy liczyć się z kumulacją negatywnych oddziaływań, co prowadzi do zaburzeń w rozwoju dziecka w jego podstawowych wymiarach; m.in. depresja u matek przyczynia się do powstawania zaburzeń lękowych u dzieci, stosowania przez nie przemocy czy pogłębiania objawów ADHD (Elgar i in., 2004). Należy także pamiętać, że wpływ depresji nie jest jednakowy w odniesieniu do wszystkich dzieci. Ważne znaczenie mają pewne czynniki pośrednie, pełniące rolę ochronną, np. wysoki iloraz inteligencji dziecka, zaangażowanie ojca w funkcje wychowawczo-opiekuńcze czy optymalny poziom funkcjonowania całej rodziny, będący efektem wsparcia udzielanego przez krewnych i przyjaciół (Tiet i in., 2001).

6.2.4. Charakterystyczne cechy dzieci

Płeć dziecka

W swoich badaniach nad związkami zachodzącymi między płcią dziecka a ZA Willoughby, Kupersmidt i Bryant (2001) zaproponowali podział zachowań antyspołecznych na dwa typy: jawne i ukryte. Jawne zachowania tego rodzaju obejmowały różne formy bezpośredniej konfrontacji sprawcy

z ofiarą, podczas gdy ukryte polegały na unikaniu jej. Wspólną ich cechą było zadawanie określonego rodzaju cierpienia ofierze lub szkody jej własności. Z tego punktu widzenia można założyć, że płeć jest czynnikiem różnicującym młodzież pod względem rodzaju ujawnianych postaci ZA. Założenie to znalazło potwierdzenie w badaniach, jakie przeprowadzili Gorman-Smith i Loeber (2005), które wykazały, iż u chłopców częściej występowały ZA jawne, podczas gdy u dziewcząt – ukryte. Nowsze badania potwierdzają występowanie tych różnic, aczkolwiek ich zakres uległ zmniejszeniu, gdyż u dziewcząt coraz częściej występują „chłopięce" formy ZA (Schoot i in., 2009). Należą do nich impulsywne postacie tych zachowań, którym towarzyszy gwałtowność, wrogość oraz wykorzystywanie innych osób.

Zdaniem części badaczy różnice między dziewczętami a chłopcami modyfikowane są do pewnego stopnia przez odmienny przebieg interakcji między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Na przykła Tuvblad, Eley i Lichtenstein (2005) uważają, że w przypadku dziewcząt należy liczyć się z silniejszym oddziaływaniem czynników genetycznych, które – do pewnego stopnia – odgrywają rolę ochronną, zapobiegającą występowaniu głębszych form zaburzeń antyspołecznych.

Nie bez znaczenia jest także wpływ warunków społeczno-kulturowych, które determinują sposób pełnienia roli płciowej. Na przykład w swoich badaniach przeprowadzonych na terenie Stanów Zjednoczonych Tosh i Simmons (2007) stwierdzili, że u młodych Amerykanów pochodzenia azjatyckiego występowało istotnie mniej zachowań ryzykownych, w tym o charakterze antyspołecznym niż u ich rówieśników pochodzenia europejskiego. Bliższa analiza przyczyn tych różnic wykazała, że w rodzinach azjatyckich występuje silniejsza kontrola i monitoring w odniesieniu do zachowania dzieci, zwłaszcza dziewcząt. Podobne różnice występują między rodzinami białych i czarnych Amerykanów. Młodzież z rodzin Afroamerykanów częściej angażuje się w aktywność antyspołeczną, co wiąże się na ogół z osłabieniem nadzoru i kontroli ze strony rodziców (Schmitz, 2003). Porównywane rodziny różnią się także pod względem przemocy stosowanej wobec dzieci. W rodzinach Afroamerykanów, szczególnie zamieszkałych w środowiskach nieuprzywilejowanych pod względem socjoekonomicznym, występowało

więcej przypadków stosowania przez rodziców przemocy oraz surowej dyscypliny wobec dziewcząt.

6.2.5. Relacje w rodzinie

Komunikacja w rodzinie

Negatywny wpływ zaburzonej komunikacji w rodzinie na powstawanie ZA został dokładnie udokumentowany na przykładzie adolescentów. Trudności w komunikowaniu się z rodzicami są jedną z ważniejszych przyczyn ukrywania przez dorastające dzieci swojej nieakceptowanej społecznie aktywności poza domem, zwłaszcza w nieformalnej grupie rówieśniczej. Dlatego zakłócenia komunikacji z rodzicami traktowane są jako czynnik ryzyka wystąpienia agresji i stosowania przemocy przez dorastających w ich relacjach z rówieśnikami, szczególnie jeśli chodzi o dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym (Beyers i in., 2001). I odwrotnie, efektywne porozumiewanie się w rodzinie negatywnie koreluje z takimi zaburzeniami zachowania u dzieci i młodzieży, jak stosowanie przemocy w szkole czy nieposłuszeństwo wobec dorosłych (Lambert, Cashwell, 2004).

Stosowanie przemocy i zaniedbywanie dziecka

Istnienie zależności między zaniedbywaniem dziecka i stosowaniem wobec niego przemocy, zwłaszcza fizycznej, a rozwojem skłonności do ZA zostało potwierdzone w licznych badaniach i nie wymaga szerszego uzasadnienia. Do najbardziej znanych należą badania przeprowadzone przez Widom (1989) w Indianapolis (w Stanach Zjednoczonych). Autorka oparła się na dokumentach sądowych odnoszących się do spraw 900 dzieci, które były ofiarami przemocy lub zaniedbania przez rodziców przed osiągnięciem 11 r.ż. Analiza danych uzyskanych z tych akt pozwoliła na częściowe odtworzenie procesu rozwoju dzieci oraz śledzenie ich losów po osiągnięciu dojrzałości. Uzyskany materiał jednoznacznie potwierdził fakt, że osoby zaniedbywane w dzieciństwie lub będące ofiarami przemocy stosowanej przez rodziców, częściej popadały w konflikt z prawem i były karane sądownie niż ich rówieśnicy reprezentujący populację ogólną. Do podobnych wniosków doszli badacze w innych krajach. Na przykład

w Niemczech Krischer i Sevecke (2008) stwierdzili, że nieletni przestępcy przejawiający cechy psychopatii byli w okresie dzieciństwa ofiarami przemocy i zaniedbania ze strony własnych rodziców. Podobne wyniki uzyskali wcześniej Lang, Klinteberg i Alm (2002) w Szwecji oraz Campbell, Porter i Santor (2004) w Kanadzie.

Warto podkreślić, że zaniedbywanie dzieci, jako potencjalny czynnik ryzyka ZA, jest przedmiotem systematycznych badań prowadzonych od niedawna. Wcześniej badacze więcej uwagi poświęcali różnym formom przemocy. Tymczasem z danych statystycznych wynika, że w wielu krajach liczba przypadków zaniedbywania dzieci gwałtownie rośnie. Na przykład w 2006 r. w Stanach Zjednoczonych zarejestrowano 905 tys. dzieci będących ofiarami zaniedbywania i przemocy rodzinnej. Coraz więcej autorów opowiada się za tym, aby zjawisko zaniedbywania dziecka stało się odrębnym problemem badawczym, bez względu na definicyjne różnice występujące między nimi w odniesieniu do samego pojęcia „zaniedbanie". Większość autorów przez zaniedbywanie dziecka rozumie sytuację, w której nie otrzymuje ono adekwatnej opieki i troski ze strony rodziców lub opiekunów, zarówno w wymiarze materialnym, jak i emocjonalnym (np. Burgess, Conger, 1978). Wprawdzie między zaniedbywaniem dziecka a stosowaniem wobec niego przemocy występują istotne różnice jakościowe, ale w obu przypadkach należy liczyć się z zaburzeniem procesu socjalizacji. Można jednak oczekiwać, iż specyficzne rodzaje przemocy i zaniedbywania prowadzą do odmiennych postaci zaburzeń o charakterze antyspołecznym. Przypuszczenie to potwierdzają wyniki nowszych badań, z których wynika, że wczesna wiktymizacja dziecka łączy się z popełnianiem przez nie poważniejszych przestępstw w wieku dojrzałym, podczas gdy ich częstotliwość bardziej zależy od innych czynników, jak np. sytuacja materialna rodziny czy jej struktura (Fagan, 2005).

Konflikty między rodzicami

Konflikty między rodzicami mogą przybierać różne formy, począwszy od tak gwałtownych, jak bójki i stosowanie przemocy fizycznej, a skończywszy na kłótniach i dokuczaniu sobie nawzajem. Wymiana wrogich interakcji między małżonkami stwarza w rodzinie atmosferę napięcia, która udziela się dzieciom. Rodzice, w zależności od płci, mogą

odmiennie spostrzegać i interpretować przyczyny konfliktów, a także okazywać różny poziom zaangażowania emocjonalnego w ich przebiegu. Na przykład Conger i współpracownicy (1993) stwierdzili, że w przypadku mężczyzn źródłem konfliktów częściej są problemy finansowe, podczas gdy u kobiet są nimi codzienne kłopoty z prowadzeniem domu i wychowywaniem dzieci. Szczególnie odnosi się to do rodzin tradycyjnych, w których mężczyzna ponosi główny ciężar zapewnienia rodzinie środków finansowych.

Kolejna różnica dotyczy sposobu zachowania się w sytuacjach konfliktowych. Z wielu badań wynika, że kobiety wykazują silniejszą tendencję do internalizacji objawów stresu przeżywanego w sytuacjach konfliktowych, podczas gdy mężczyźni częściej reagują w formie przemocy i agresji (por. Jang, 2007). Współcześnie, w okresie dużego bezrobocia i niepewności ekonomicznej wielu polskich rodzin, powstawaniu konfliktów między rodzicami sprzyja tradycyjne spostrzeganie roli mężczyzny jako głównego „żywiciela rodziny”, gdyż stawia go to w trudniejszej sytuacji.

Przedłużające się konflikty i stosowanie przemocy we wzajemnych relacjach utrudniają małżonkom efektywne wywiązywanie się z funkcji wychowawczo-opiekuńczej wobec dzieci. Wynikają z nich również inne niekorzystne konsekwencje, jak np. zaburzenia relacji z dziećmi, „przeciąganie dzieci na swoją stronę”, spadek autorytetu w ich oczach, czy „dawanie złego przykładu”. W takich warunkach wzrasta prawdopodobieństwo, że w przyszłości dzieci będą stosowały przemoc i agresję w relacjach z innymi ludźmi. Należy podkreślić, że rodzice, którzy są nadmiernie zaabsorbowani konfliktami między sobą, zwykle słabiej monitorują zachowanie własnych dzieci, co sprzyja ich kontaktom z grupami antyspołecznych rówieśników. W szczególnie niekorzystnej sytuacji znajdują się te dzieci, które osobiście angażują się po stronie określonego rodzica, przeciwko drugiemu.

Zgodnie z koncepcją społecznego uczenia się, istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzieci takie będą stosować przemoc jako normatywną i akceptowaną formę rozwiązywania problemów w relacjach interpersonalnych (patrz szerzej rozdz. 5, cz. III). Ponadto w bieżących relacjach z członkami rodziny mogą używać nieakceptowanych społecznie zachowań, np. dla zwrócenia na siebie uwagi rodziców zajętych własnymi

konfliktami. Należy pamiętać, że skonfliktowani rodzice często różnią się poglądami w sprawie sposobów dyscyplinowania dzieci oraz zakresu własnej odpowiedzialności za trudności wychowawcze, jakie one sprawiają. Mogą oni też stosować różne, zwykle nieskuteczne, strategie radzenia sobie z dziećmi, co jeszcze bardziej pogarsza klimat wychowawczy w rodzinie. W tym kontekście zgodna współpraca między rodzicami może odgrywać rolę bufora zapobiegającego rozwojowi ZA u dzieci.

6.2.6. Osadzenie rodzica w zakładzie karnym

Od czasu, kiedy Bowlby (1973b) wykazał, jakie konsekwencje dla zdrowia psychicznego dziecka wywołuje jego rozstanie z rodzicami, podjęto wiele badań nad zależnością między różnymi przyczynami rozbicia rodziny a rozwojem zaburzeń antyspołecznych u dzieci. Jedną z takich przyczyn jest pobyt rodzica, najczęściej ojca, w zakładzie karnym, spowodowany określoną formą konfliktu z prawem. Mimo iż przedstawiane w literaturze badania nad wpływem pobytu rodzica w zakładzie karnym na rozwój dziecka mają wiele metodologicznych słabości, wykazują one występowanie u dzieci takich objawów zaburzeń, jak: stany depresyjne, nadpobudliwość psychoruchowa, zachowanie agresywne, regres w rozwoju, zaburzenia snu i jedzenia, ucieczki z domu, wagarowanie, pogorszenie wyników w nauce oraz popełnianie przestępstw. Przyjmuje się, że dzieci osób ukaranych więzieniem są sześciokrotnie bardziej narażone na ryzyko popełniania w przyszłości poważnych przestępstw oraz skazania na karę więzienia (Myers i in., 1999). Dlatego w badaniach nad tym problemem niezwykle ważne jest określenie rzeczywistego ryzyka zaburzeń zachowania w obecnej i w przyszłych fazach rozwoju dziecka.

Pobyt rodzica w więzieniu może wpływać na rozwój dziecka za pośrednictwem różnych mechanizmów. Zgodnie ze znaną koncepcją opracowaną przez Bowlby’ego (1973a, b), separacja z rodzicem spowodowana jego uwięzieniem jest dla dziecka silnym przeżyciem traumatycznym wywołującym krótko- i długoterminowe trudności w przystosowaniu społecznym. Potwierdziły to inne badania, porównujące konsekwencje dla rozwoju dziecka wywołane separacją z rodzicami z powodu rozwodu lub pobytu w zakładzie karnym, jak np. obniżenie samooceny i trudności wychowawcze (Moerk, 1973). Negatywny wpływ

osadzenia rodzica w więzieniu może oddziaływać za pomocą dwóch podstawowych mechanizmów. Po pierwsze, dziecko może naśladować zachowanie swego rodzica (mechanizm modelowania), po drugie – pobyt rodzica w więzieniu często powoduje stygmatyzację dziecka w najbliższym środowisku społecznym. Dodatkowo należy liczyć się z pogorszeniem sytuacji materialnej rodziny i jej izolacją społeczną. W przypadku uwięzienia matki zwykle dochodzi do powstania jeszcze poważniejszych trudności, gdyż ojcowie na ogół słabiej radzą sobie z problemami związanymi ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem. Dla wielu dzieci przeżyciem traumatycznym są odwiedziny rodzica w zakładzie karnym. Znaczna ich część używa kłamstwa w celu wytłumaczenia rówieśnikom przyczyn nieobecności rodzica w domu (por. Shaw, 1992). Te i inne względy powodują, że pobyt rodzica w zakładzie karnym należy do ważniejszych czynników ryzyka rozwoju u dzieci ZA. Odnosi się to również do dzieci matek skazanych na długoterminowe kary więzienia – dzieci, które zostały następnie adoptowane i wychowywane przez adopcyjnych rodziców, niebędących w konflikcie z prawem. Dzieci takie w późniejszym okresie życia częściej wchodziły w konflikty z prawem, były osadzane w więzieniu i przejawiały symptomy zaburzeń psychicznych (Crowe, 1974). Należy również wziąć pod uwagę, iż jeśli rodzice zostają uwięzieni we wczesnym okresie życia swoich dzieci, to te ostatnie bardziej niż inne narażone są na wpływ takich niekorzystnych czynników, jak bezrobocie rodziców, przynależność do nieuprzywilejowanej grupy społecznej czy przemoc i zaniedbanie ze strony członków rodziny nuklearnej i rozszerzonej (Singleton i in., 1998).

Należy podkreślić, że brak jest niepodważalnych dowodów na istnienie bezpośredniej zależności między pobytem rodzica w więzieniu a zaburzeniami zachowania o charakterze antyspołecznym u dziecka. Uwięzienie rodzica należy traktować jako zaledwie jeden z wielu czynników, które odpowiadają za rozwój ZA. Jednakże utrata rodzica na czas pobytu w zakładzie karnym niewątpliwie zaburza dotychczasowe życie dziecka, utrudnia rodzicowi pozostającemu w domu sprawowanie efektywnej kontroli nad dzieckiem i wywołuje wiele innych negatywnych konsekwencji dla całej rodziny. Jest ona czynnikiem traumatycznym dla dziecka bez względu na jego wiek. W rezultacie może powodować u niego opóźnienie lub regres w rozwoju społecznym, a także nieprzystosowawcze

strategie radzenia sobie z powstałą sytuacją. Do pewnego stopnia zakres zaburzeń będzie zależał od płci rodzica osadzonego w więzieniu. Z badań wynika, że w przypadku uwięzienia ojca aż 90% matek sprawuje opiekę wychowawczą nad dziećmi, jeśli zaś uwięziona zostaje matka, to jedynie 28% ojców regularnie zajmuje się swoimi dziećmi (Travis, Waul, 2003). Istotne znaczenie ma również stan zdrowia psychicznego rodzica pozostającego w domu. Dość często są to osoby nadużywające substancji psychoaktywnych. Dlatego należy liczyć się z tym, że dziecko wychowywane w środowisku, w którym alkohol i narkotyki są codzienną rzeczywistością rodziny, w swoim dorosłym życiu również będzie je stosowało. To z kolei jest istotnym predyktorem zaburzeń funkcjonowania jego przyszłej rodziny nuklearnej.

6.3. Mechanizm transmisji międzypokoleniowej a zachowania antyspołeczne

Mechanizm transmisji międzypokoleniowej (patrz rozdz. 8, cz. I) znajduje swoje odbicie w popularnych powiedzeniach, jak np. „Jaki ojciec, taki syn”, „Niedaleko pada jabłko od jabłoni”. W literaturze naukowej mechanizm ten został dość dokładnie opisany, jednak trudno jest doszukać się danych empirycznych opartych na badaniach longitudinalnych poświęconych przekazywaniu ZA z jednego pokolenia na następne. Do nielicznych, na które warto zwrócić uwagę, należą badania przeprowadzone w ramach programu badawczego poświęconego rozwojowi niedostosowania społecznego zrealizowane na Uniwersytecie Cambridge (*Cambridge Study in Delinquent Development*, CSDD). Programem objęto 411 młodych mężczyzn zamieszkałych w południowym Londynie. Głównym celem wieloletniej obserwacji rozwoju badanych, prowadzonej w latach 1961–2004, było poszukiwanie zależności między ich zachowaniem antyspołecznym a analogicznym zachowaniem u ich rodziców, a zwłaszcza ojców. Wskaźnikiem tego zachowania było zatrzymanie danej osoby przez policję lub skazanie prawomocnym wyrokiem sądowym za popełnione przestępstwo. Analiza wyników wykazała, że 48% młodych mężczyzn pochodzących z rodzin, w których ojcowie byli skazani za popełnienie

czynu karalnego, po pewnym czasie również wchodziło w poważny konflikt z prawem. Dla porównania, jedynie 19% badanych z rodzin nieprzestępczych było skazywanych za określoną formę naruszenia prawa. Dodatkowo okazało się, że ojcowie z kryminalną przeszłością cechowali się słabym nadzorem rodzicielskim i dawaniem dzieciom nadmiernej swobody (Farrington i in., 2006). Co więcej, ojcowie z kryminalną przeszłością często żenili się z kobietami, które po pewnym czasie również popełniały przestępstwa. Ponad połowa (54%) synów takich kobiet po pewnym czasie była skazywana na karę ograniczenia wolności za poważne naruszenie prawa, natomiast jedynie 23% synów kobiet niebędących przestępcami, wchodziło w konflikt z prawem. Po 40 latach realizowania programu CSDD okazało się, że transmisja międzypokoleniowa jest istotnym sposobem przekazywania skłonności do ZA, w tym kryminalnych, nie tylko z pokolenia rodziców na dzieci, ale w dalszej perspektywie również na pokolenie wnuków (Farrington i in., 2006).

Na zainteresowanie się zjawiskiem transmisji międzypokoleniowej wpłynęły wyniki badań nad genezą i rozwojem ZA, które wskazywały na jego stabilność w czasie, nie tylko w wymiarze jednostkowym, ale także w pokoleniowym (Conger i in., 2003). Dlatego w ostatnich latach uwaga wielu badaczy była skupiona na procesach pośredniczących w przekazywaniu aktywności antyspołecznej z pokolenia rodziców na pokolenie dzieci. Jedną z możliwych dróg tego przekazu jest percepcja i naśladowanie zachowania rodziców przez ich dzieci. Na przykład Harold i Conger (1997) wykazali, że obserwowanie przez dzieci konfliktów między rodzicami oraz używania przez nich substancji psychoaktywnych w istotny sposób wpływało w przyszłości na powstawanie podobnych problemów w ich własnym życiu. Na tej podstawie można wnioskować, że wielokrotne obserwowanie określonych zachowań występujących u rodziców sprzyja kształtowaniu się u dzieci mechanizmów poznawczych, przez które te zachowania przenoszone są na ich pokolenie. W literaturze przedmiotu można znaleźć badania prezentujące udział tych mechanizmów w przekazywaniu zachowań antyspołecznych przez 3 kolejne pokolenia rodziny (Elder, Caspi, Downey, 1983). Jednego z możliwych wyjaśnień roli tych mechanizmów dostarcza teoria społecznego uczenia się (patrz rozdz. 8, cz. I), zgodnie z którą pewien zasób zachowań występujących u dzieci kształtuje się na podstawie obserwacji i naśladowania zachowań

występujących u ich rodziców (Bandura, 1977b). W podobny sposób następuje przekaz ZA. Dziecko obserwujące antyspołeczną aktywność rodzica nabiera przekonania, że w pewnych okolicznościach jest ona dozwolona i dlatego będzie skłonne do powtarzania jej w swoim życiu. Inaczej mówiąc, ZA będzie spostrzegane przez nie jako mniej naganne, jeśli występuje u rodzica będącego dla niego modelem. Już dawno temu Farrington (1995) wykazał, iż rodzice młodzieży wykolejonej społecznie nie tylko sami przejawiali symptomy wykolejenia, ale dodatkowo stosowali nieefektywne metody wychowawcze zawierające z jednej strony elementy przemocy i znęcania się nad dzieckiem, z drugiej zaś – nadmiar swobody i brak zainteresowania jego losem. Fakt ten wskazuje, że błędy wychowawcze rodziców należy traktować jako ważny czynnik pośredniczący w przekazie ZA na pokolenie dzieci. Z kolei niski poziom kompetencji wychowawczych rodziców zaangażowanych w aktywność antyspołeczną lub uzależnionych od środków psychoaktywnych często wynika z takich ich cech, jak nadmierna impulsywność, niska inteligencja czy częste zmiany nastroju, podczas gdy efektywność wychowawcza wymaga od rodzica m.in. dużej cierpliwości i opanowania. Brak umiejętności wychowawczych przejawia się m.in. w stosowaniu środków przymusu i okazywaniu dziecku wrogości. To z kolei służy wzmacnianiu u niego wrogości oraz tendencji antyspołecznych. Opierając się na wynikach przeprowadzonej metaanalizy, Loeber i Stouthamer-Loeber (1986) stwierdzili, iż stosowanie przez rodziców surowej i jednocześnie niekonsekwentnej dyscypliny jest ściśle związane z występowaniem u dzieci zaburzeń zachowania o charakterze antyspołecznym. I odwrotnie – młodzież wychowywana w rodzinach, w których rodzice okazywali troskę, ciepło i zainteresowanie sprawami swych dzieci, wykazywała mało objawów zaburzeń zachowania (Simons i in., 2001). Najmocniejszych dowodów na potwierdzenie silnych zależności między jakością praktyk wychowawczych rodziców a ZA u ich dzieci dostarczają badania eksperymentalne, w trakcie których okazało się, że określone modyfikowanie tych praktyk wywołuje spadek liczby i intensywności zaburzeń zachowania u młodzieży (Coie, Dodge, 1998). Możliwość uzyskania poprawy objawowej u dzieci, zagrożonych rozwojem zaburzeń antyspołecznych, przez interwencje nakierowane na zmianę praktyk wychowawczych ich rodziców została wykazana także w innych, ściśle

kontrolowanych badaniach eksperymentalnych (np. Dishion, Nelson, Kavanagh, 2003).

Należy podkreślić, że części badań nad międzypokoleniową transmisją ZA można postawić istotne zarzuty metodologiczne. Jednym z ważniejszych jest uzyskiwanie wyłącznie od rodziców informacji odnoszących się do zachowań występujących w pokoleniu dzieci i dziadków. W rezultacie tego ocena zachowania przedstawicieli obu tych pokoleń dokonywana jest retrospektywnie, czemu towarzyszy możliwość występowania istotnych przeinaczeń. Innym poważnym brakiem jest prowadzenie badań na małych liczebnie grupach osób rzeczywiście zaangażowanych w działalność antyspołeczną. Do grupy badań poprawnych metodologicznie należy zaliczyć te, które poświęcone są związkom między aktywnością przestępczą rodziców i ich dzieci (np. Farrington, Lambert, West, 1998; Hagan, Palloni, 1990). Niektórzy autorzy zalecają, aby rzetelne badania nad międzypokoleniową ciągłością ZA uwzględniały pomiary podobnych rodzajów tych zachowań dokonywane w podobnych stadiach rozwojowych dla obu porównywanych generacji. Występujące w literaturze wyniki badań porównywane z tej perspektywy niekiedy prowadzą do sprzecznych wniosków. Z jednej strony potwierdzają one istnienie silnej zależności między pokoleniami tej samej rodziny (np. Tapscott i in., 1996; McCord, 1991), podczas gdy z drugiej – uzyskane współczynniki korelacji określające tę zależność nie osiągają wymaganego poziomu istotności statystycznej (np. Cairns i in., 1998; Cohen i in., 1998). Można też spotkać badania potwierdzające omawianą zależność, ale tylko w określonych warunkach, np. związek antyspołecznej aktywności córek z kryminalną przeszłością ojców (Wu, Kandel, 1995). W obliczu występujących tu niejasności w pełni uzasadniony wydaje się postulat prowadzenia szerzej zakrojonych badań prospektywnych, które rzuciłyby więcej światła na rzeczywistą rolę czynników determinujących proces międzypokoleniowej transmisji ZA.

Z dotychczasowych rozważań wynika przede wszystkim, że międzypokoleniowa transmisja ZA opiera się na interakcji zachodzącej między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Dziecko, którego rodzice wykazują określone zaburzenia zachowania, może być genetycznie podatne na wystąpienie podobnych zaburzeń, szczególnie jeśli dorasta w niekorzystnych warunkach, jakie stwarzają mu rodzice. Na przykład

okazuje się, że córki nieletnich matek w przyszłości swoje pierwsze dziecko również rodzą zbyt wcześnie (Hardy i in., 1998). Z kolei przedwczesne rodzicielstwo skorelowane jest z wieloma czynnikami ryzyka dla przyszłego rozwoju dziecka, jak niski poziom wykształcenia, niski status ekonomiczny i zawodowy oraz samotne macierzyństwo. W rezultacie takie dziecko, w porównaniu z rówieśnikami, może gorzej rozwijać się pod względem fizycznym, intelektualnym i emocjonalnym, co ułatwia międzypokoleniową transmisję zaburzeń zachowania. Dlatego proces ten powinien znajdować się w centrum uwagi specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego i opieki społecznej, a także polityków różnych szczebli, od których zależy realizacja programów profilaktycznych.

Część IV

TERAPIA RODZIN I TERAPEUTYCZNA ROLA RODZINY

Rozdział 1

Współczesne nurty w terapii rodzin

Tadeusz Pietras

1.1. Historia terapii rodzin
1.2. Zasady terapii rodzin
1.3. Wskazania i przeciwwskazania do terapii rodzin

Podmiotem oddziaływań terapii rodzin jest przede wszystkim rodzina nuklearna jako całościowy system o wyodrębnionych granicach, a w razie konieczności także rodzina rozszerzona (Barbaro de, 1999a; Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000). **Przedmiotem terapii rodziny** jest zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania u członka tej rodziny (Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000), zaburzona relacja w rodzinie lub dyskomfort wynikający z niedopasowania wzajemnych oczekiwań członków rodziny względem siebie. Immanentnym założeniem terapii rodzin jest przekonanie, że:

- więzi w rodzinie mogą być przyczyną zaburzeń;
- oddziaływanie na całą rodzinę może mieć znaczenie w terapii jej chorego członka.

Rodzinę w terapii rodzin rozumie się znacznie szerzej, niż podpowiada to stereotypowe tradycyjne rozumienie tego pojęcia. Podmiotem terapii jest nie tylko tradycyjnie rozumiana rodzina nuklearna, ale także rodzina rozszerzona, związki kohabitacyjne, konkubinaty, związki jednopłciowe i poliamoryczne (Abramowicz, 2012; Anapol, 2013; Janicka, 2006; Slany 2005, 2013). Kryterium normy przyjętym w terapii rodzin jest **kryterium funkcjonalne**, rozumiane konstrukcjonistycznie i postmodernistycznie. Zadaniem terapeuty jest zrozumienie norm wewnątrzrodzinnych i dostosowanie do nich oddziaływań i celów terapeutycznych. Zmusza to terapeutę do abstrahowania od własnego systemu normatywnego i wymaga zdolności głębokiego rozumienia innej niż własna perspektywy poznawczej i światopoglądowej (Chrząstowski, Barbaro de, 2011). Taka neutralność afektywna i światopoglądowa terapeuty jest trudna do wypracowania, a jej nauka stanowi podstawę szkolenia w zakresie terapii rodzin. Neutralność ta, podobnie jak neutralność kulturowa testów psychologicznych, jest jednak ideałem niemożliwym do osiągnięcia (Chrząstowski, Barbaro de, 2011; Zawadzki, 2006).

W polskiej tradycji terapeutycznej **terapia rodzin utożsamiana jest z terapią systemową**, zakładającą, że zaburzenie lub powód wizyty u terapeuty jest skutkiem dysfunkcjonalnego wpływu struktury rodziny i więzi wewnątrzrodzinnych na powstawanie objawu/zaburzenia. Aby wyeliminować przyczyny dysfunkcjonalności, terapia powinna zatem

obejmować cały system rodzinny (Barbaro de, 1999; Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000).

Twierdzenie, że w Polsce tradycyjnie terapia rodzin prowadzona jest wyłącznie w nurcie systemowym, wymaga pewnego uprecyzyjnienia i wyjaśnienia. **Psychoterapia systemowa** inspirowana jest podejściem systemowym, wykorzystującym ogólną teorię systemów i psychologię systemową. Terapia systemowa dotyczy systemów powiązań interpersonalnych – najczęściej jest to rozumiana dość szeroko rodzina (Abramowicz, 2012; Anapol, 2013; Janicka, 2006; Slany, 2005, 2013). W nurcie systemowym można jednak prowadzić także terapię indywidualną (Namysłowska, 2000). Podstawowe założenia teorii systemów to twierdzenia:

- rodzina lub inna grupa stanowi system o ściśle wyodrębnionych granicach;
- właściwości systemu jako całości nie są prostą sumą właściwości osób tworzących ten system;
- każdy system składa się podsystemów, a zarazem sam stanowi część bardziej złożonego systemu (jest jego podsystemem);
- nie da się przewidzieć ewolucji systemu, obowiązuje bowiem w nim zasada **ekwipotencjalności** (system może ewoluować w różnych kierunkach, których nie można przewidzeć) i **ekwifinalności** (dany stan systemu można osiągnąć na różne sposoby, a jednym z nich może być interwencja terapeutyczna);
- przyczynowość w systemie ma charakter **cyrkularny**, a nie liniowy (Barbaro de, red., 1999b; Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000).

Zarówno szkoły Bogdana de Barbaro, jak i Ireny Namysłowskiej wykorzystują paradygmaty terapii systemowej (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000). Liczni absolwenci obu tych szkół terapeutycznych, pracując z wykorzystaniem paradygmatu systemowego, przyczynili się do pojęciowej tożsamości terapii systemowej i terapii rodzin, pojęć tych używamy więc zamiennie, zdając sobie sprawę, że jest to uproszczenie i skrót myślowy.

Utożsamianie terapii systemowej z terapią rodzin nie jest słuszne, terapia rodziny może być bowiem prowadzona także w paradygmatach innego

nurtu. Przykładem jest poznawczo-behawioralna terapia rodzin, w której zaburzenia w rodzinie traktuje się – tak, jak w przypadku jednostki – jako wynik wytworzenia się błędnych schematów poznawczych i zachowań (Dattilio, 2013).

Terapia poznawczo-behawioralna coraz śmielej zajmuje się rodzinami (Dattilio, 2013; Popiel, Pragłowska, 2008), a w ostatnich latach otworzyła się na liczne inne nurty terapeutyczne. Stąd powstały takie systemy terapeutyczne, jak terapia poznawczo-behawioralna oparta na uważności (Segal, Williams, Teasdale, 2011) czy terapia schematu (Young, Klosko, Weishaar, 2014). Beck traktuje terapię poznawczo-behawioralną jako teorię integrującą psychoterapię (Alford, Beck, 2005).

Terapia systemowa rodzin odchodzi obecnie od myślenia patogennego, traktującego rozpoznanie psychiatryczne jako stygmatyzujący, dysfunkcjonalny stereotyp społeczny (Chrząstowski, Barbaro de, 2011; Świtaj, 2008; Świtaj, Wciórka, 2012). W przyrodzie i w świecie społecznym obserwujemy **jedynie fenomeny –** nadawanie im statusu normy czy patologii jest kulturowym wytworem o negatywnych skutkach dla osób naznaczonych i piętnowanych tymże rozpoznaniem, które służy jedynie sankcjonowaniu władzy większości. Zadaniem systemowego terapeuty rodziny nie jest spostrzeganie problemów w kategorii antynomii zdrowie–choroba, lecz kierowanie się konstrukcjonizmem społecznym (Chrząstowski, Barbaro de, 2011). Polega on na zrozumieniu systemu wartości i norm wewnątrzrodzinnych, bez odwoływania się do własnego systemu wartości terapeuty, i na wspólnym znalezieniu takiego rozwiązania, które pomogłoby rodzinie i jej członkom.

1.1. Historia terapii rodzin

Terapia rodzin wywodzi się z koncepcji psychodynamicznych. Jako pierwszy wprowadził rodzinę do sesji psychoanalitycznej **Nathan Ackerman**, uważany za twórcę pojęcia terapii rodzin (Barbaro de, Namysłowska, 2012).

Gregory Bateson z Uniwersytetu Palo Alto rozwinął terapię rodzin, wprowadzając pojęcie **komunikatu o charakterze podwójnego wiązania**,

polegającego na dominującej roli przekazywania sprzecznych komunikatów w rodzinie. Komunikat taki wiązano szczególnie z patogenezą schizofrenii – dziecko poddane nieprawidłowej komunikacji o charakterze podwójnego wiązania wykształca zaburzenia komunikacji objawiające się wyzwoleniem psychozy schizofrenicznej. Po latach empiryczne badania wykluczyły znaczenie komunikatów o charakterze podwójnego wiązania w patogenezie schizofrenii. Niemniej poprawa komunikacji w rodzinie łagodzi przebieg tej choroby (Barbaro de, Namysłowska, 2012)[1]. Bateson korzystał z dorobku teorii systemów von Bertalanffy`ego i z koncepcji osobowości Sullivana (Gasiul, 2012).

Virginia Satir zwróciła uwagę na znaczenie komunikacji w rodzinie jako kluczowego elementu spajającego ją, ale także zakłócającego jej funkcjonowanie; uważała, że zdolność do tolerowania różnic między ludźmi jest podstawową cechą dobrej komunikacji w rodzinie. Bateson i Satir oraz Watzlawick uważani są za twórców **nurtu komunikacyjnego** w systemowej terapii rodzin (Barbaro de, Namysłowska, 2012).

Kolejny badacz, **Murray Bowen**, wprowadził pojęcie **niezróżnicowanego ego w rodzinie** i wskazał na zachodzące w niej **procesy triangulacji** (koncepcja Bowena patrz rozdz. 5, cz. I). **Triangulacja** jest rozumiana jako sposób rozwiązywania konfliktów wymagający zaangażowania osoby trzeciej, by rozwiązać dany problem i wyeksponować swoje racje (Barbaro de, 1999; Goldenberg, Goldenberg, 2006; Namysłowska, 2000). W rodzinach najczęściej osoba trzecią, ,,wciąganą" w konflikt, jest dziecko. Metodą, którą posłużył się Bowen był **genogram** (patrz szerzej rozdz. 1, cz. III), technika polegająca na graficznym ilustrowaniu struktury rodziny, relacji wewnątrzrodzinnych i przekazów transgeneracyjnych, podobny do drzewa genealogicznego (McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2007).

Ivan Boszormenyi-Nagy wprowadził pojęcie **lojalności wewnątrzrodzinnej** i pojęcie **dziedzictwa**. Przez dziedzictwo (*legacy*) rozumie się zespół norm, stereotypów i zasobów dziedziczony z pokolenia na pokolenie. Według prezentowanych przez niego poglądów niemożność bycia lojalnym wobec obojga rodziców, tzw. **podzielona lojalność** czy **konflikt lojalności**, jest przyczyną występowania zaburzeń psychicznych u dzieci (Barbaro de, Namysłowska, 2012).

Salvator Minuchin zwrócił uwagę na pojęcie **struktury rodziny**, czyli pewnego wzorca zachowań interakcyjnych. Terapeuta powinien zdiagnozować system rodzinny, poznać jego strukturę przez zbliżenie się do niego. Minuchin wprowadził pojęcie **rodziny psychosomatycznej**, w której występuje m.in. jadłowstręt psychiczny (Barbaro de, Namysłowska, 2012). Podejście Minuchina nazywane jest obecnie **strukturalnym podejściem w terapii rodzin**.

Jay Haley i **Cloe Madanes** z Palo Alto, a w Europie **Mara Selvini Palazzoli** z Mediolanu, są uważani za twórców **podejścia strategicznego w systemowej terapii rodzin**. Szkoła strategiczna zwróciła uwagę na gry rodzinne, w których partnerzy interakcji starają się zgodnie z regułami osiągnąć cele. Gra taka jest nieuświadamiana przez członków rodziny i zależy od systemu norm wewnątrzrodzinnych. Człowiek nie zachowuje się tylko „dla czegoś", ale także ,,po coś". Terapia w nurcie strategicznym jest terapią krótkoterminową i polega m.in. na ominięciu pętli. Pojęcie **pętli** (*loop*) wprowadziła Selvini Palazzoli, zwracając uwagę na myślenie cyrkularne w rodzinie – jedno zachowanie wywołuje drugie i trudno jest ocenić, co jest przyczyną, a co skutkiem zachowania (Barbaro de, Namysłowska, 2012).

Można zaryzykować twierdzenie, że terapia systemowa rodziny rozwinęła się jako forma terapii osób chorych na schizofrenię (Barbaro de, red., 1999a). Uważano nawet, jak już wspomniałem, że choroba ta ma swoje źródło w systemie rodzinnym. Koncepcja neurorozwojowej patogenezy psychoz schizofrenicznych, upatrująca przyczynę choroby w zaburzonym rozwoju mózgu wskutek interakcji czynników genetycznych i środowiska wewnątrzmacicznego, ,,odciążyła" rodzinę od lokowania w niej przyczyny choroby (Birnbaum, Weinberger, 2013). Niemniej praca z rodziną chorego na schizofrenię łagodzi przebieg choroby i zmniejsza ryzyko nawrotu. Praca taka jest nadal jednym z głównych wskazań do terapii systemowej (Barbaro de, red., 1999a).

Terapia systemowa rodzin traktowana jest często jako czwarty, niezależny nurt terapeutyczny – obok terapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej i humanistycznej (Yalom, Leszcz, 2006; Yalom, 2008).

1.2. Zasady terapii rodzin

Terapię rodzin może prowadzić certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jednym z koniecznych warunków uzyskania certyfikatu jest ukończenie całościowego kursu z zakresu psychoterapii, obejmującego podstawy terapii systemowej. Osoby kształcące się w psychoterapii mogą prowadzić terapię rodzin pod kontrolą superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Terapię rodzin w nurcie poznawczo-behawioralnym prowadzą terapeuci poznawczo-behawioralni posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej, lub kształcący się w tym nurcie pod superwizją osoby posiadającej taki certyfikat. Jak już wspomniałem, w warunkach polskich terapia rodzin to prawie wyłącznie terapia systemowa; nurt poznawczo-behawioralny dopiero zaczyna być u nas wprowadzany do terapii rodzin (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000).

Terapia systemowa rodziny zawsze prowadzona jest z całą rodziną, nawet jeśli pojedyncze sesje odbywają się np. tylko z rodzicami. Sesje zazwyczaj trwają ok. 1,5 godziny. Klientów obowiązują podobne zasady ,,settingu" (warunki i zasady psychoterapii ustalane przez terapeutę z klientem przed rozpoczęciem terapii), jak w przypadku innych form terapii (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska 2000). Zasady te obejmują czas sesji, odpłatność, częstość spotkań, kontrakt terapeutyczny dotyczący celów terapii. ,,Setting" jest ważnym elementem każdego procesu terapeutycznego, a jego nieprzestrzeganie przez pacjenta jest objawem jego oporu wobec terapii (Gabbard, 2011).

Zdiagnozowanie problemu w terapii systemowej rodzin jest znacznie bardziej skomplikowane niż w przypadku terapii indywidualnej, w której określa się rozpoznanie psychiatryczne, psychologiczne i terapeutyczne, a następnie wspólne z klientem formułuje się kontrakt (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000).

Systemowy terapeuta rodzinny powinien:

- określić strukturę systemu rodzinnego – ustalić granice, wyodrębnić podsystemy, poznać sposoby komunikacji wewnątrz rodziny, mity

transgeneracyjne dziedziczone z pokolenia na pokolenie;

- rozpracować pętle, czyli sekwencje wzajemnie następujących po sobie zdarzeń. Poznanie tych pętli umożliwia zrozumienie znaczenia objawu w rodzinie;
- określić, w jakim cyklu życia rodzina znajduje się w danym momencie;
- starać się zrozumieć powstanie i znaczenie objawu w rodzinie (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000).

Bardzo pomocny w procesie stawiania diagnozy i prowadzenia terapii jest udział koterapeuty, który czuwa, by nikt z rodziny nie został zignorowany i jest czynnikiem stabilizującym neutralność afektywną terapeuty. Dobrze, jeśli koterapeuta jest innej płci niż terapeuta, co pozwala przyjąć odmienną perspektywę poznawczą. Dobrze, jeśli punkt widzenia mężczyzny i kobiety będących formalnymi liderami terapii równoważy punkt widzenia męża i żony jako klientów terapii systemowej rodziny (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000).

Spotkania terapii rodzin odbywają się co 2–4 tygodnie. Czas ten jest potrzebny rodzinie do asymilacji potencjalnych zmian. Trudno jest określić czas trwania systemowej terapii rodzin – zwykle wystarcza 12–15 sesji, a w razie trudności ważne znaczenie może mieć superwizja. **Superwizja** to metoda pomocna terapeucie, polegająca na regularnych spotkaniach z innym, bardziej doświadczonym specjalistą, posiadającym certyfikat superwizora, uprawniający do przeprowadzania superwizji (Gabbard, 2011). Podczas takich spotkań terapeuta konsultuje z superwizorem kwestie związane z procesem terapii konkretnego pacjenta, ze szczególnym zwróceniem uwagi na swoje błędy i niepowodzenia (ibid.). Odbycie odpowiedniej liczby godzin superwizji jest warunkiem koniecznym uzyskania certyfikatu psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej.

Terapeuta pracujący z rodziną skonfliktowaną jest narażony na stronniczość i dlatego w kształceniu terapeutów przywiązuje się wagę do pracy z własnym genogramem (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000). Czasami do terapii można włączyć rodzinę rozszerzoną – jeśli wymaga tego dobro pacjenta,

a terapeuta jest przekonany o celowości takiego postępowania (Barbaro de, Namysłowska, 2012).

Jak już wspomniałem, systemową terapię rodzin może prowadzić każdy terapeuta posiadający certyfikat wydany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne lub Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a egzamin certyfikacyjny obejmuje różne nurty terapii, m.in. część poświęconą systemowej terapii rodzin. Większość kursów przygotowujących do egzaminu certyfikacyjnego takie szkolenia prowadzi. Inaczej jest w przypadku uzyskiwania certyfikatu z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, która z założenia przygotowuje do pracy w jednym nurcie psychoterapeutycznym. Zatem terapeuta poznawczo-behawioralny nie powinien prowadzić systemowej terapii rodzin, choć – jak już wspomniałem – obecnie myślenie systemowe łączy się często również z podejściem poznawczo-behawioralnym. Psychoterapeuta powinien podczas kształcenia się korzystać z superwizji osoby pracującej systemowo z rodziną (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000).

W systemowej terapii rodzin, podobnie jak w terapii indywidualnej, występują zjawiska przeniesienia, przeciwprzeniesienia i oporu. Analiza mechanizmów przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych stanowi podstawę pracy terapeutycznej w terapii systemowej, bliskiej – w sensie konceptualizacji – pracy w terapii psychodynamicznej.

1.3. Wskazania i przeciwwskazania do terapii rodzin

Systemowa terapia rodzin, tak jak każda metoda korygowania zaburzeń, ma swoje zalety i wady. Według standardów terapii w psychiatrii **terapia rodzin wskazana jest w przypadku**:

- konfliktu w rodzinie;
- przemocy w rodzinie;
- występowania zaburzeń odżywiania;

- schizofrenii w rodzinie (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska 2000).

W przypadku chorych na schizofrenię terapia rodzin jest przydatna w zapobieganiu nawrotom choroby (Barbaro de, red., 1999a); zmniejszenie nasilenia ujawniania emocji negatywnych, mierzonych za pomocą wskaźnika ujawnianych uczuć, pozwala na korzystne rokowanie, świadcząc jednocześnie o skuteczności terapii systemowej. Błędna natomiast okazała się koncepcja – sformułowana przez Fromm-Reichman, która wprowadziła konstrukt **matki schizofrenogennej** (ibid.) – że schizofrenia ma swoje źródło w rodzinie, w zaburzonych relacjach w rodzinie nuklearnej (Wciórka, 2011). Obecnie obowiązującą koncepcją rozwoju schizofrenii jest **koncepcja neurorozwojowa**, sformułowana przez Murraya, Weinbergera i Lipską (Birnbaum, Weinberger, 2013). Według tej koncepcji schizofrenia rozwija się na skutek zaburzonego – głównie w zakresie płatów czołowych i skroniowych – rozwoju ośrodkowego układu nerwowego z powodu nałożenia się na siebie czynników genetycznych, środowiskowych, zakłócających wewnątrzmaciczny rozwój płodu, i czynników natury społecznej. Schizofrenia w rodzinie niewątpliwie zaburza funkcjonowanie całego systemu (Wciórka, 2011).

Znacznie rzadsze jest zastosowanie systemowej terapii rodzin w terapii uzależnienia w rodzinie (Barbaro de, Namysłowska, 2012). Terapię osoby uzależnionej rozpoczyna się od **terapii uzależnień**, prowadzonej przez **certyfikowanych terapeutów uzależnień**, których szkolenie jest dla psychologa niezależną ścieżką kariery, inną niż psychoterapia[2]. Podobnie w przypadku istnienia chorób afektywnych w rodzinie, terapia systemowa ma drugorzędne znaczenie (Barbaro de, 1999; Barbaro de, Namysłowska, 2012; Namysłowska, 2000). Uważa się, że wynika to z małego doświadczenia tej grupy terapeutów w leczeniu zaburzeń afektywnych. Terapia zaburzeń afektywnych wykorzystuje metody terapii poznawczo-behawioralnej, interpersonalnej, a w przypadku choroby dwubiegunowej psychoedukację (Williams, 2008).

Niewątpliwie przeciwwskazaniem do systemowej terapii rodzin jest głęboka, psychotyczna depresja czy ostra psychoza (Barbaro de, Namysłowska, 2012). W przebiegu ostrej psychozy pacjent leczony jest lekami przeciwpsychotycznymi, a następnie przeciwdepresyjnymi

i normotymicznymi (Lima i in., 2013). W stabilnym okresie choroby, w remisji, skuteczna jest przede wszystkim terapia poznawczo-behawioralna (Alford, Beck, 2005; Popiel, Pragłowska, 2008, 2009; Williams, 2008).

Nie ma przeciwwskazań do zastosowania systemowej terapii rodzin w przypadku kryzysów rozwojowych rodziny, zwłaszcza tych nienormatywnych, uważa się jednak, że w przypadku naturalnych kryzysów rozwojowych jej zastosowanie należy rozważnie rozpatrzyć, gdyż może ona zakłócić np. kryzys adolescencji. Kryzys ten jest naturalnym elementem rozwoju człowieka; jego przebycie stanowi normalny element kształtowania się kolejnej fazy życia i formowania dojrzałej osobowości. Zgodnie z założeniem, że kryzys taki ma charakter normatywny, ingerencja w jego przebieg zakłóciłaby prawidłowe przejście do kolejnej fazy rozwojowej i mogłaby być potencjalnie szkodliwa dla procesu formowania dojrzałej osobowości (Brzezińska, red., 2005).

Terapia rodzin stanowi ważny nurt w postępowaniu psychiatrycznym i korygowaniu zaburzeń, które mają swoją patogenezę w dysfunkcjonalnych relacjach w rodzinie. Powstaje pytanie o skuteczność terapii systemowej rodzin, ocenianą obiektywnymi metodami medycznymi. Jeśli przyjąć, że badania jakościowe i fenomenologiczne są dobrą metodą oceny tej formy terapii, to można powiedzieć, że systemowa terapia rodzin bez wątpienia pomaga pacjentom i ich rodzinom.

Przypisy

[1] Obecnie obowiązującą teorią tłumaczącą rozwój schizofrenii jest tzw. hipoteza neurorozwojowa, sformułowana przez Weinbergera i Lipską (Wciórka, 2011). Schizofrenia rozwija się wskutek interakcji czynników genetycznych, czynników oddziałujących na wewnątrzmaciczny rozwój płodu i czynników środowiskowych (ibid.). Komunikaty o charakterze podwójnego wiązania są raczej skutkiem obecności choroby w rodzinie, a nie jej przyczyną.

[2] Podobnie jak kształcenie w obszarze socjoterapii, w tym z zakresu społeczności terapeutycznej.

Rozdział 2

Pozytywna psychologia rodziny – w teorii i praktyce

Bogusława Lachowska

2.1. Obszary psychologii rodziny
2.2. Obszary psychologii pozytywnej
    2.2.1. Najważniejsze koncepcje i pojęcia psychologii pozytywnej
    2.2.2. Siły i cnoty charakteru
2.3. Zainteresowanie pozytywnością na gruncie psychologii rodziny
    2.3.1. Koncepcja sił rodziny
    2.3.2. Pozytywna interwencja w rodzinę – interwencje skoncentrowane na siłach rodziny
    2.3.3. Prężność rodziny

Psychologia pozytywna to młody nurt w badaniach i praktyce psychologicznej. Najogólniej rzecz biorąc psychologia pozytywna to badania naukowe „tego, co w życiu idzie dobrze” (Peterson, 2009, s. 3). Zajmuje się ona wieloma różnorodnymi zagadnieniami i zjawiskami[1], jednak wiele spośród koncepcji, pojęć i zjawisk stanowiących przedmiot zainteresowania psychologii pozytywnej nie zostało przez nią odkrytych, a nawet wręcz przeciwnie – były one już od wielu lat badane i analizowane. Peterson (2013) uważa, że ważną rolą psychologii pozytywnej jest to, iż dostarcza ona pewnego parasola pojęciowego, który obejmuje te wszystkie zagadnienia oraz zachęca do poszukiwania wzajemnych powiązań między nimi. Wiele spośród tych zagadnień, które stanowią przedmiot zainteresowania psychologii pozytywnej było już od dawna podejmowanych na gruncie psychologii rodziny. Celem tego opracowania jest wskazanie obszarów zainteresowania pozytywnością na gruncie psychologii rodziny oraz określenie znaczenia psychologii pozytywnej dla psychologii rodziny. Na początku konieczne jest przedstawienie w skrócie głównych idei psychologii pozytywnej.

Współcześnie, jak uważa wielu badaczy i teoretyków, nauki zajmujące się zdrowiem psychicznym człowieka koncentrują się głównie na jednostce, a nie na rodzinie oraz raczej na patologii niż na zdrowiu (Lebow, Stroud, 2012). Psychologia rodziny oraz psychologia pozytywna mogą pomóc w skorygowaniu tej dysproporcji: psychologia pozytywna dąży bowiem do uzyskania równowagi przez skupienie większej uwagi na zdrowiu, psychologia rodziny zaś – przez skupienie większej uwagi na rodzinie. Niestety, koncentrowanie się na zaburzeniach i deficytach uważane jest za charakterystyczne także dla nauk zajmujących się rodziną (Walsh, 2012). Ostatnio jednak coraz częściej wyrażany jest pogląd, iż badania rodziny i leżące u ich podłoża priorytety muszą być bardziej zrównoważone, co oznacza, że konieczne jest przesunięcie uwagi z psychopatologii, deficytów i ograniczeń w kierunku zdrowia, sił rodziny i jej zasobów (ibid.). Te oczekiwania wyrażane na gruncie psychologii rodziny są zgodne z głównymi celami psychologii pozytywnej, która dąży do uzyskania równowagi przez skupienie większej uwagi na zdrowiu. Psychologia pozytywna, w której chodzi nie tylko o radzenie sobie z problemami, ale także o to, żeby ludzie mający się względnie dobrze mieli się jeszcze lepiej i mogli jeszcze lepiej prosperować, wspiera zatem dążenia psychologii

rodziny i może wiele do niej wnieść. Idee psychologii pozytywnej potwierdzają bowiem i wzmacniają istniejące na gruncie psychologii rodziny zainteresowanie siłami, zasobami i potencjalnościami rodziny oraz wskazują na konieczność zajmowania się nie tylko tymi rodzinami, które zmagają się z przeciwnościami losu, ale także tymi, które funkcjonują względnie dobrze – po to, by rodziny te i ich członkowie funkcjonowali jeszcze lepiej, mogli rozwijać się i prosperować. Psychologia pozytywna kładzie duży nacisk na badanie pozytywnych aspektów życia, jednak jest krytykowana (np. Wong, 2006, za: Wong, Wong, Obeng, 2012) za nadmierne skoncentrowanie uwagi na siłach jednostkowych, przy zaniedbywaniu pozytywnych kwestii dotyczących organizacji, takich jak rodzina. W tym względzie dotychczasowy dorobek psychologii rodziny może stanowić ważne uzupełnienie psychologii pozytywnej.

2.1. Obszary psychologii rodziny

Na pytanie o to, czym jest psychologia rodziny, Kaslow (2010), redaktor *Journal of Family Psychology*, odpowiada, iż psychologia rodziny to pewne podejście do zrozumienia ludzkiego funkcjonowania i do rozwiązywania problemów, które opiera się na epistemologii systemowej i uznaje, że ludzkie interakcje zachodzą w różnorodnych kontekstach. Dwa zasadnicze obszary, którymi zajmuje się psychologia rodziny, to zagadnienia związane ze **zrozumieniem rodziny** oraz z **interwencją w rodzinie** (Pinsof, 1992). Najważniejsze pytania, na które psychologowie rodziny szukają odpowiedzi w ramach pierwszego z tych obszarów zainteresowań, to pytania o to, jak rodziny funkcjonują, jakie czynniki decydują o satysfakcji małżeńskiej, jak zachowania rodziców i ich osobiste problemy oddziałują na dzieci. Zrozumienie tego, jak rodziny funkcjonują, pozwala na opracowanie interwencji, które poprawiają jakość życia rodzinnego. Przy czym zagadnienia związane z interwencją w obszarze rodziny mają na celu głównie dostarczenie rodzinom pomocy w bardziej efektywnym radzeniu sobie z problemami (Pinsof, 1992). W związku z tym, że rodziny są systemami coraz bardziej zróżnicowanymi i coraz bardziej złożonymi, a także obejmują całość cyklu życia człowieka oraz wchodzą w interakcje

z innymi systemami, psychologia rodziny coraz bardziej się rozszerza, podejmując współpracę z coraz większą liczbą innych dziedzin i korzystając z ich dorobku (Kaslow, 2010). Powiązania z innymi dziedzinami wiedzy umożliwiają lepsze zrozumienie rodziny i dostarczenie jej lepszej pomocy.

2.2. Obszary psychologii pozytywnej

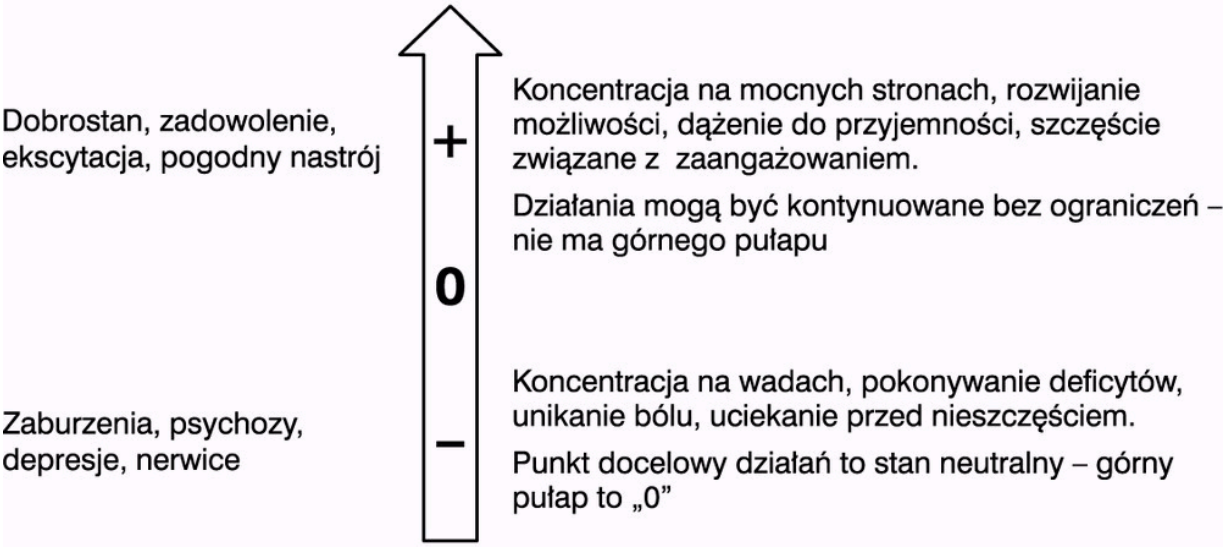
Twórcą i inicjatorem ruchu związanego z psychologią pozytywną jest Seligman. W 1998 r. został on prezydentem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (American Psychological Association, APA) i w swoim wystąpieniu inauguracyjnym, wygłoszonym na 107th Annual Convention of the APA w Bostonie, 21 sierpnia 1999 r., wezwał do skorygowania trwającego od wielu lat nadmiernego zaabsorbowania psychologii i innych nauk społecznych problemami i negatywnymi zjawiskami. Od tego momentu Seligman stał się jedną z najbardziej znaczących postaci psychologii pozytywnej, nawołującej do bardziej zrównoważonego zainteresowania psychologii – nie tylko negatywnymi aspektami ludzkiego życia, takimi jak zaburzenia i deficyty, ale również pozytywnymi, takimi jak np. szczęście, siły charakteru, cnoty (Ducworth, Steen, Seligman, 2005). O ile zatem psychologia rozwijająca się po II wojnie światowej koncentrowała się na pytaniu o to, co powoduje, że jednostki doznają porażki i niepowodzeń (czyli na tym, co złego dzieje się z człowiekiem), o tyle psychologia pozytywna koncentruje się na pytaniu o to, co powoduje, że jednostki prosperują i mają się dobrze (czyli na tym, co dobrego dzieje się z człowiekiem).

RAMKA 2.1

Kate Hefferon i Ilona Boniwell (2011) wyjaśniają, że psychologia po II wojnie światowej koncentrowała się na tym, by ludzie cierpiący np. z powodu depresji doświadczali jej w mniejszym stopniu, czyli w przypadku ciężkiej depresji chodziło o to, by doświadczali depresji o umiarkowanym nasileniu. Na załączonej skali można by to przedstawić jako przesunięcie np. od –8 do –3. Z kolei psychologia pozytywna koncentrowałaby się na osobach, których

sytuację można by ocenić na +3, co oznaczałoby raczej słaby rozwój, a jej celem byłaby pomoc w tym, aby osoby te osiągnęły poziom +8, oznaczający intensywny rozwój, czyli prosperowanie (*flourishing*).

Próbując zdefiniować psychologię pozytywną, można zatem powiedzieć, że są to naukowe badania sił (*strenghts*) oraz cnót (*virtues*), które pozwalają jednostkom i społecznościom dobrze się mieć i rozwijać (*to thrive*). Psychologia pozytywna bazuje na przekonaniu, iż ludzie chcą wieść życie mające sens i znaczenie (*meaningful lives*) oraz życie dające spełnienie (*fulfilling lives*), chcą rozwijać to, co w nich najlepsze oraz poprawiać swoje doświadczenia związane z miłością, pracą i zabawą (Positive Psychology Center). Jej celem jest zrozumienie i rozwijanie tych czynników, które pozwalają jednostkom, grupom społecznym i społecznościom mieć się dobrze, rozwijać się i optymalnie prosperować.


Dobrostan, zadowolenie, ekscytacja, pogodny nastrój
+
Koncentracja na mocnych stronach, rozwijanie możliwości, dążenie do przyjemności, szczęście związane z zaangażowaniem.
Działania mogą być kontynuowane bez ograniczeń – nie ma górnego pułapu
0
Koncentracja na wadach, pokonywanie deficytów, unikanie bólu, uciekanie przed nieszczęściem.
Zaburzenia, psychozy, depresje, nerwice
–
Punkt docelowy działań to stan neutralny – górny pułap to „0”

RYCINA 2.1

Model choroby/zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Hefferon, Boniwell (2011, s. 7).

2.2.1. Najważniejsze koncepcje i pojęcia psychologii pozytywnej

Przedstawienie zasadniczych pojęć i koncepcji psychologii pozytywnej ułatwi ukazanie jej związków z psychologią rodziny i jej znaczenia w tym obszarze.

Główni przedstawiciele psychologii pozytywnej, Seligman i Csikszentmihalyi (2000), charakteryzując obszar jej zainteresowań, wyróżniają w nim **trzy poziomy**: subiektywny, jednostki i grupy, wprawdzie odrębne, ale pozostające ze sobą w interakcji. Z tymi trzema poziomami wiążą się **trzy różne rodzaje życia**: życie przyjemne (*the pleasant life*), życie zaangażowane (*the engaged life*) oraz życie mające sens i znaczenie (*the meaningful life*) (Duckworth, Steen, Seligman, 2005). Psychologia pozytywna na poziomie subiektywnym dotyczy pozytywnych doświadczeń subiektywnych, na poziomie jednostkowym zajmuje się pozytywnymi cechami indywidualnymi, a na poziomie grupy cnotami społecznymi oraz instytucjami, dzięki którym jednostki stają się lepszymi członkami grup społecznych (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Z każdym z tych obszarów zainteresowania psychologii pozytywnej wiąże się określony typ życia, przy czym typy te nie są traktowane przez twórców psychologii pozytywnej jako jedyne i wyczerpujące zagadnienie, ale jako propozycje naukowo użyteczne i przydatne na początkowym etapie badań.

Do poziomu pierwszego odnosi się **życie przyjemne**, z którym wiążą się pozytywne subiektywne doświadczenia w trzech przedziałach czasowych: w odniesieniu do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Pozytywne emocje dotyczące przeszłości obejmują zadowolenie, satysfakcję i pogodę, a te dotyczące przyszłości optymizm, nadzieję i wiarę. Natomiast pozytywne emocje odnoszące się do teraźniejszości dzieli się na dwie grupy: przyjemności somatyczne (np. natychmiastowa, ale chwilowa rozkosz zmysłowa) i przyjemności złożone (np. upodobanie, przyjemność związana z uczeniem się). Życie przyjemne jest zatem badane przez pozytywny afekt odnoszący się do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Życie takie oznacza maksymalizację pozytywnych emocji oraz minimalizowanie cierpienia i emocji negatywnych; jest z reguły celem hedonistycznych teorii szczęścia.

Kolejnym rodzajem życia jest życie zaangażowane, które wiąże się z wykorzystaniem pozytywnych cech jednostki, obejmujących siły jej charakteru i cnoty. Życie oparte na tych pozytywnych właściwościach jednostki staje się bliskie temu, co Arystoteles nazywa eudajmonią lub dobrym życiem. Przedstawiciele psychologii pozytywnej proponują, aby takie życie określać terminem „życie zaangażowane" w związku z tym, że użycie sił charakteru prowadzi do większego zaangażowania (*engagement*), zaabsorbowania (*absorption*) i do doświadczania psychologicznego przepływu (*flow*).

Z trzecim obszarem psychologii pozytywnej wiąże się życie mające sens, które pociąga za sobą przynależność do pozytywnej instytucji i służenie jej. Zdaniem psychologów pozytywnych jednostka może czerpać znaczenie z przynależenia i służenia czemuś większemu niż tylko sobie samej. Na gruncie psychologii pozytywnej życie spędzone na służeniu pozytywnej instytucji jest zatem życiem mającym znaczenie.

2.2.2. Siły i cnoty charakteru

Na gruncie psychologii pozytywnej podejmowano próby systematyzacji sił charakteru i cnót. Peterson i Seligman (2004) opracowali podręcznik diagnozy dobrostanu. W zamierzeniu autorów ma on pełnić w odniesieniu do prosperowania psychicznego (*mental flourishing*) taką samą funkcję, jak DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, a jego celem jest skoncentrowanie uwagi na siłach charakteru (Peterson, 2006). W rezultacie przeprowadzonych analiz w podręczniku przedstawiono operacjonalizację 24 sił charakteru, tworzących 6 cnót (Peterson, Seligman, 2004). Cnoty są kształtowane i osiągane przez siły charakteru. Peterson (2006) podkreśla, że istnieją jeszcze inne pozytywne cechy będące przedmiotem zainteresowania psychologii pozytywnej, jednak nie znalazły się one w tej klasyfikacji, ponieważ nie spełniały pewnych wymogów, np. nie zostały zdiagnozowane jako uniwersalnie cenne (np. ambicja, autonomia, cierpliwość).

TABELA 2.1

Klasyfikacja cnót i konstruujących je sił charakteru

1. **Mądrość i wiedza** (*wisdom and knowledge*) – tworzą ją siły poznawcze, które umożliwiają zdobywanie i wykorzystywanie wiedzy: – **twórczość** (*creativity*) – **ciekawość i zainteresowanie światem** (*curiosity and interest in the world*) – **rozsądek i krytyczne myślenie** (*judgment and critical thinking*) – **zamiłowanie do uczenia się** (*love of learning*) – **perspektywa** (*perspective*)
2. **Odwaga** (*courage*) – tworzą ją siły emocjonalne, które wymagają ćwiczenia woli po to, by osiągnąć cele w obliczu zewnętrznych lub wewnętrznych przeciwieństw: – **dzielność** (*bravery*) – **wytrwałość** (*persistence*) – **autentyczność/uczciwość** (*authenticity/honesty*) – **witalność** (*vitality*)
3. **Miłość** (*lo*ve) – tworzą ją siły, które obejmują „opiekowanie się" (*tending*) innymi i przychodzenie im z pomocą (*befriending*): – **intymność** (*intimacy*) – **życzliwość** (*kindness*) – **inteligencja społeczna** (*social intelligence*)
4. **Sprawiedliwość** (*justice*) – konstruują ją siły społeczne, które leżą u podłoża zdrowego życia społeczeństw: – **zespołowość** (*citizenship*) – **uczciwość** (*fairness*) – **przywódczość** (*leadership*)
5. **Powściągliwość** (*temperance*) – kształtują ją siły, które zabezpieczają przed przesadą: – **przebaczenie/miłosierdzie** (*forgiveness/mercy*) – **pokora/skromność** (*humility/modesty*) – **rozważność** (*prudence*) – **samokontrola** (*self-regulation*)
6. **Transcendencja** (*transcendence*) – kształtują ją siły, które tworzą powiązania z szerszym uniwersum oraz dostarczają znaczenia: – **podziw dla piękna i doskonałości** (*appreciation of beauty and excellence*) – **wdzięczność** (*gratitude*) – **nadzieja** (*hope*) – **poczucie humoru** (*humor*) – **duchowość** (*spirituality*)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Peterson (2006, s. 32–33).

2.3. Zainteresowanie pozytywnością na gruncie psychologii rodziny

Wiele spośród tych zagadnień, które są identyfikowane jako przedmiot zainteresowania psychologii pozytywnej, od dawna podejmowano na gruncie psychologii rodziny. Należą do nich m.in. koncepcje skoncentrowane na siłach rodziny i związane z tym podejścia w pracy z rodzinami oraz koncepcje prężności rodziny. Siły oraz prężność to ważne obszary zainteresowania psychologii pozytywnej, jednak jej uwaga koncentruje się na tych konstruktach na poziomie jednostki, natomiast psychologia rodziny odnosi je także do poziomu grupy społecznej, jaką jest rodzina. Z kolei teoria sił charakteru jednostki wypracowana na gruncie psychologii pozytywnej może być z powodzeniem aplikowana do psychologii rodziny w dwojaki sposób. **Po pierwsze**, można poszukiwać odpowiedzi na pytanie o związek między różnymi siłami charakteru jednostek a satysfakcją z relacji wewnątrzrodzinnych i ich jakością. Peterson (2013) uważa, że z siłami charakteru wiążą się znaczące konsekwencje, które są funkcją tych sił, i są ze względu na te siły zróżnicowane. Hefferon i Boniwell (2011) są zdania, że psychologia pozytywna może wskazać, jak poprawić jakość życia rodziny przez lepsze zrozumienie dynamiki miłości, rodzicielstwa i zaangażowania. **Po drugie**, można zadawać pytania o to, jakie charakterystyki rodziny i jakie procesy rodzinne przyczyniają się do tego, że siły charakteru jednostek prosperują. Peterson (2013) uważa, że siły te podlegają rozwojowi, co oznacza, że charakter ma swoją trajektorię rozwoju i różne jego siły pojawiają się w różnym wieku człowieka, a rodzina pełni ogromną rolę w ich kształtowaniu. Jego zdaniem charakter jest kształtowany i/lub odkrywany przez wyzwania oraz podlega uczeniu, a właściwości rodziny są w tym procesie niezwykle istotne. Psychologowie pozytywni uważają, że pozytywne emocje i pozytywne właściwości jednostki najlepiej rozwijają się w kontekście pozytywnych instytucji, do których zaliczają silne rodziny oraz np. pozytywną organizację. Ważnym pytaniem zadawanym w tym względzie jest więc pytanie o to, co w pozytywnej instytucji wyzwala to, co jest w ludzkiej naturze najlepszego. Aplikacja psychologii pozytywnej na gruncie psychologii rodziny wyjaśnia zatem, jak przynależenie do rodziny

zwiększa pozytywny afekt i promuje siły charakteru. Ponadto, ważnym składnikiem życia rodzinnego jest służenie (ujmowane w badaniach jako zachowanie prospołeczne), stanowiące ważny element idei życia mającego sens. Psychologia pozytywna wskazuje zatem, jak dzięki przynależeniu do rodziny życie może stać się życiem mającym znaczenie.

Psychologia pozytywna dąży do zrozumienia i do interwencji, a celem tych wysiłków jest zwiększenie satysfakcji z życia i szczęścia, zarówno tych osób, które funkcjonują w zasadzie bezproblemowo, jak i tych, które borykają się z wieloma problemami. Określając cel psychologii pozytywnej, Seligman (2002, za: Peterson, 2006) wskazał, że nie jest nim przesunięcie ludzi na skali od –3 do 0, ale przesunięcie ich od +2 do +5, co oznaczałoby, iż problemy i zaburzenia funkcjonowania nie stanowią przedmiotu zainteresowania psychologii pozytywnej. Inne zdanie wyraża Peterson (2006), który uważa, iż psychologia pozytywna ma wiele do powiedzenia także na temat zaburzeń funkcjonowania człowieka, ponieważ – jak stwierdza – skoro dotychczasowa psychologia patrzy na normalność przez okulary nienormalności, dlaczegóż by nie spojrzeć na nienormalność przez okulary normalności lub nawet supernormalności? To podejście psychologii pozytywnej może stanowić ważną inspirację dla psychologii rodziny, zachęcając do zrozumienia i interwencji w przypadku nie tylko tych małżeństw i rodzin, które zmagają się z trudnościami, ale i tych, które funkcjonują w zasadzie bezproblemowo – po to, by jednostki i rodziny jako całość miały się jeszcze lepiej, mogły rozkwitać i prosperować.

Spośród wszystkich możliwych obszarów zainteresowania pozytywnością na gruncie psychologii rodziny nieco bliżej omówię trzy: koncepcję sił rodziny (*family strengths*) i związaną z nią koncepcję interwencji w rodzinie oraz koncepcję prężności rodziny.

2.3.1. Koncepcja sił rodziny

Carl Dunst, Carol Trivette i Angela Deal (1994, za: Early, GlenMaye, 2000) zauważają, że rodziny poszukujące pomocy mają problem, jednak rodziny te są czymś więcej niż tylko tym problemem. Rodziny, tak jak jednostki, mają bowiem wiele możliwości, zdolności i sił. Mają one swoją tradycję, rytuały, zwyczaje oraz zdolności posiadane przez swoich indywidualnych członków. Ponadto rodziny korzystają z sił większych systemów, do

których należą, takich jak szersza rodzina czy sąsiedztwo, są zatem kompetentne lub też mają możliwość stać się kompetentnymi. Podobnie jak jednostki, mają zdolność do tego, by wzrastać, zmieniać się, adaptować się i być prężnymi. Ważnym pojęciem w tym podejściu do rodziny jest pojęcie **sił rodziny**, definiowane jako „zestaw relacji i procesów, które wspierają i ochraniają rodzinę oraz członków rodziny, szczególnie w czasach trudności i zmian" (Moore i in., 2003, s. 1, za: Wong, Wong, Obeng, 2012, s. 287) .

Istotny postęp w rozważaniach teoretycznych i badaniach dotyczących sił rodziny był związany z pojawieniem się **Modelu Stresu Rodzinnego ABCX Hilla** (1949) (ryc. 2.2). Nichols (2013) wskazuje, że niezwykle ważną zasługą tego modelu było uwzględnienie zmiennych pośredniczących między stresorem (czynnik A) a kryzysem (X). Zmiennymi tymi były zasoby rodziny (B) oraz rodzinna definicja stresora i definicja zmian w rodzinie spowodowanych przez stresor (C). Te zmienne pośredniczące (zasoby rodziny i rodzinne definicje) – w przeciwieństwie do stresora – znajdują się pod bezpośrednią kontrolą rodziny. Uwzględnienie ich w modelu ukazało możliwość zwiększania rodzinnej odporności. Ponadto model ten dostarczył podłoża teoretycznego pozwalającego na klasyfikację wyników późniejszych badań dotyczących zasobów rodziny obejmujących jej siły. Teorie i badania stresu rodzinnego dotyczyły rodzin poddanych działaniu ekstremalnego stresu, natomiast badając siły rodziny, uwagę koncentrowano na rodzinach, które przez nie same lub na podstawie opinii innych osób uznawane były za silne, uzyskujące dobre rezultaty. Z tym podejściem wiązało się założenie, że życie codzienne zawiera wystarczająco dużo stresorów – z którymi rodzina musi sobie radzić – by rodziny dobrze funkcjonujące uznać za rodziny prężne. Celem tych badań było zidentyfikowanie i opisanie charakterystyk rodzin zdrowych.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2.1

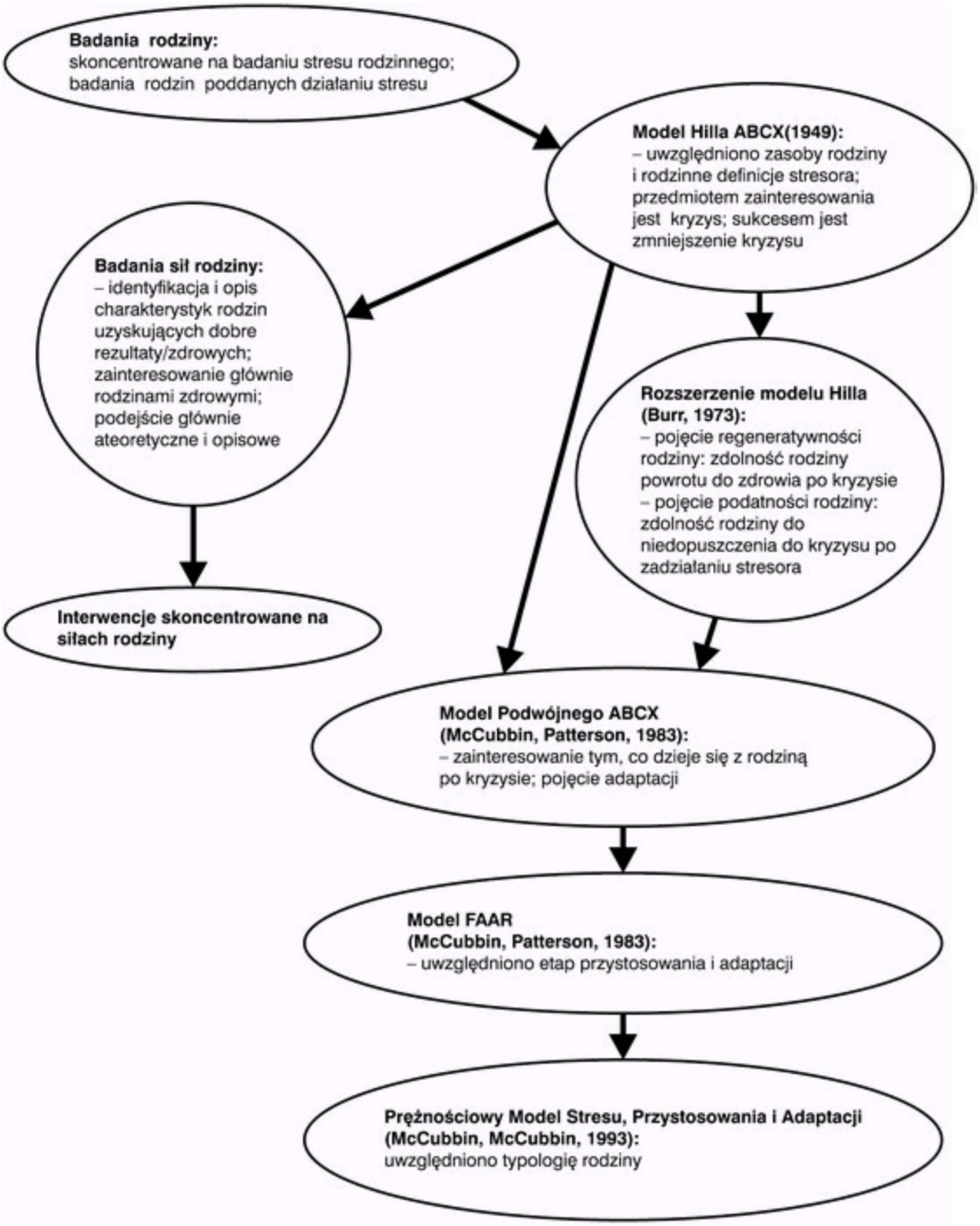
Znaczenie Modelu Stresu Rodzinnego ABCX Hilla dla rozwoju teorii i badań sił oraz prężności rodziny to:

- „wprowadzenie do modelu dwóch zmiennych pośredniczących: zasobów rodziny (czynnik B) oraz rodzinnej definicji stresora i zmian w rodzinie

spowodowanych przez stresor (czynnik C), co osłabiło przekonanie o linearnym i deterministycznym związku między stresorami a kryzysem;
- uwzględnienie tych zmiennych pośredniczących, pozostających pod bezpośrednią kontrolą rodziny (w przeciwieństwie do stresora, będącego poza bezpośrednią kontrolą rodziny), ukazało możliwość wzmacniania prężności rodziny;
- ukazanie możliwości wzmacniania rodzin poddawanych stresorom (nad którymi nie mają one bezpośredniej kontroli) i zwiększania ich odporności na kryzys;
- dostarczenie podłoża teoretycznego pozwalającego na klasyfikację odkryć późniejszych badań, np. sił rodziny stanowiących część jej zasobów (czynnika B);
- dostarczenie podłoża teoretycznego facylitującego opracowywanie późniejszych modeli teoretycznych".

Źródło: Van Breda, A.D. (2001). *Resilience theory: A literature review*. Pretoria, South Africa: South African Military Health Service. Available: http://www.vanbreda.org/adrian/resilience.htm.

Zaskakujące jest to, jak długą historię ma zainteresowanie siłami rodziny. Otóż w najwcześniej dokonywanych pomiarach dobrostanu rodziny koncentrowano się właśnie na jej pozytywnych właściwościach (np. Burgess, Cottrell, 1939, za: Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003), chociaż aktualnie uwaga skupia się raczej na cechach negatywnych, a ich brak przyjmowany jest za wskaźnik siły i zdrowia rodziny (Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003; Walsh, 2012). Badacze już od dawna podejmowali więc wysiłki, aby zidentyfikować i zmierzyć zmienne wyrażające siły rodziny. Wprawdzie dokonywanie pomiaru zmiennych na poziomie rodziny nastręcza wiele trudności, jednak naukowcy dostarczają danych wskazujących na to, że można je mierzyć w sposób rzetelny i wiarygodny (Thornton, Binstock, 2001, za: Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003).



RYCINA 2.2

Mapa badanych obszarów rodziny i historyczne zależności między nimi

Źródło: opracowanie własne na podstawie Breda van (2001).

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci wielu badaczy zajmujących się systemami rodzinnymi podjęło liczne starania i wysiłki, aby ukazać wielowymiarowe komponenty dobrze funkcjonujących rodzin. Opracowano wiele list sił rodziny, które w znacznym stopniu pokrywają się. Za pioniera tego typu działań uważany jest Otto (1962, za: Wong, Wong, Obeng, 2012), który przedstawił propozycję 11 składników tworzących siły rodziny, pomocne przy jej wzmacnianiu i zabezpieczaniu. Wyniki tych badań zainspirowały innego badacza, Stinnetta (1979, za: Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003) oraz jego współpracowników (Stinnett i in., 1992, za: Wong, Wong, Obeng, 2012), którzy przeprowadzili badania 130 rodzin uważających siebie za rodziny silne, i opisali 6 posiadanych przez nie charakterystyk: okazywanie sobie nawzajem uznania, wspólne spędzanie czasu i uczestniczenie we wspólnych aktywnościach, dobra komunikacja, wzajemne zaangażowanie, posiadanie silnych podstaw religijnych, umiejętność radzenia sobie z kryzysem w pozytywny sposób. Badania te zostały następnie powtórzone, a ich wyniki potwierdzone i rozszerzone (Kelley, Sequeira, 1997, za: Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003) – wskazano dodatkowe cechy silnych rodzin: miłość, wspierające środowisko, rytuały rodzinne i wspólnotowość, stabilność, brak nadużyć, klarowność ról pełnionych przez rodziców i zakresu ich odpowiedzialności. Orthner i współpracownicy opisali pozytywne właściwości systemów rodzinnych, nazywając je terminem **siły rodziny** (*family strength assets*). Zdefiniowali je jako te „charakterystyki lub czynniki, które przyczyniają się do pozytywnej jakości systemu" (Orthner, Jones-Sanpei, Williamson, 2003, s. 6), rozumiejąc je jako charakterystyki, które po zsumowaniu opisują status rodziny oraz jej zdolność do udanego realizowania stawianych jej wymagań.

TABELA 2.2

Modele i koncepcje teoretyczne dotyczące sił rodziny

Nazwa modelu/koncepcji i/lub jej autor/autorzy	Uwzględnione w modelu siły rodziny
Otto (1962)*	• Zdolność zaspokajania potrzeb fizycznych, emocjonalnych i duchowych członków rodziny • Zdolność bycia wrażliwym na potrzeby członków rodziny • Zdolność komunikowania się

	• Zdolność do zapewnienia wsparcia, poczucia bezpieczeństwa i zachęty • Zdolność do ustanowienia i utrzymywania relacji służących rozwojowi zarówno wewnątrz rodziny, jak i poza nią • Umiejętność utrzymywania i kreowania konstruktywnych i odpowiedzialnych relacji społecznych: w sąsiedztwie, w szkole, mieście, społeczności lokalnej • Zdolność wzrastania wraz z dziećmi i dzięki nim • Zdolność pomagania sobie samemu i zdolność akceptowania pomocy z zewnątrz, gdy jest taka potrzeba • Zdolność elastycznego pełnienia ról rodzinnych • Wzajemny szacunek dla indywidualności członków rodziny • Zainteresowanie jednością rodziny, lojalnością i wewnątrzrodzinną współpracą
Stinnett (1979); Stinnett, Sanders, Defrain i Parkhurst (1982)*	• Okazywanie sobie nawzajem uznania • Wspólne spędzanie czasu i uczestniczenie we wspólnych aktywnościach • Dobra komunikacja • Wzajemne zaangażowanie • Posiadanie silnych podstaw religijnych • Umiejętność radzenia sobie z kryzysem w pozytywny sposób
Model Kołowy Systemów Małżeńskich i Rodzinnych (Olson, Sprenkle, Russell, 1979)	• Zrównoważona spójność • Zrównoważona elastyczność • Komunikacja
Orthner, Jones-Sanpei i Williamson (2003)**	• Ekonomiczne atuty • Komunikacyjne atuty • Atuty związane z rozwiązywaniem problemów • Atuty związane ze wsparciem społecznym • Atuty związane z rodzinną spójnością • Atuty związane ze wsparciem religijnym
Model Funkcjonowania Rodziny McMastera (Miller i in., 2000)	• Rozwiązywanie konfliktów • Komunikacja • Role • Reaktywność emocjonalna • Zaangażowanie emocjonalne • Kontrola zachowania
Model Procesu Funkcjonowania Rodziny (Skinner, Steinhauer, Sitarenios, 2000)	• Realizacja zadań • Pełnienie ról • Komunikacja

	• Ekspresja emocjonalna • Zaangażowanie • Kontrola • Wartości i normy
Model Systemowy Beaversa Funkcjonowania Rodziny (Beavers, Hampson, 2000)	• Wymiar kompetencji/zdrowia rodziny

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Wong, Wong, Obeng (2012, s. 288); **Orthner, Jones--Sanpei, Williamson (2003).

Za najbardziej znaczące i najbardziej rozpowszechnione uznawane są następujące modele sił rodziny: Model Kołowy Systemów Małżeńskich i Rodzinnych Olsona i współpracowników (Olson, Sprenkle, Russell, 1979), Model Funkcjonowania Rodziny McMastera (Miller i in., 2000), Model Procesu Funkcjonowania Rodziny (Skinner, Steinhauer, Sitarenios, 2000), Model Systemowy Beaversa Funkcjonowania Rodziny (Beavers, Hampson, 2000) (patrz też rozdz. 5, cz. I).

2.3.2. Pozytywna interwencja w rodzinę – interwencje skoncentrowane na siłach rodziny

Jednym z celów psychologii pozytywnej jest pozytywna interwencja, rozumiana jako „interwencja, terapia lub aktywność, której głównym celem jest zwiększenie pozytywnych uczuć, pozytywnych zachowań lub pozytywnych myśli, w przeciwieństwie do zmniejszania patologii lub powstrzymywania negatywnych myśli czy też nieadaptacyjnych wzorców zachowań” (Sin, Lyubomirsky, 2009, s. 469). Można zauważyć, iż na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci w obszarze teorii terapii rodzinnej i praktyki pracy z rodzinami nastąpiły zasadnicze zmiany zainteresowania właśnie w kierunku zgodnym z ideami pozytywnej interwencji: od zainteresowania deficytami rodziny i jej dysfunkcją, w kierunku zasobów rodziny. Przemiany te dokonywały się głównie w ramach podejść dążących do wzmocnienia funkcjonowania rodziny i jej prężności (Goldenberg, Goldenberg, 2008, za: Walsh, 2012). We wczesnych modelach interwencje terapeutyczne były skoncentrowane na problemie (*problem-focused*), a ich celem było dokonanie zmiany dysfunkcjonalnego wzorca interakcji, natomiast od połowy lat 80. XX w. w coraz większym stopniu

koncentrowano się na identyfikowaniu i budowaniu sił rodziny, jej zasobów i potencjału (Walsh, 2012).

Podejścia zorientowane na siły rodziny są powszechnie wykorzystywane w pracy z rodzinami nieklinicznymi, narażonymi na działanie ostrego lub przewlekłego stresu związanego z warunkami, w jakich żyją (np. rodziny bezdomne, rodziny o niskich dochodach) (ibid.). Trzebińska (2008) wskazuje, że na gruncie psychologii pozytywnej opracowano wiele procedur przeznaczonych do rozwiązywania takich problemów klinicznych, w których ujawnianie i rozwijanie zasobów stanowi wyzwanie szczególnie ważne i szczególnie trudne. Przykładem tego typu interwencji na gruncie psychologii rodziny jest interwencja określana terminem „Psychologia Pozytywna Skoncentrowana na Rodzinie".

TABELA 2.3

Porównanie dwóch podejść w pracy socjalnej z rodzinami: podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniu problemu (*problem-solving approach*) i podejścia skoncentrowanego na siłach rodziny (*strengths approach*)

Podejście skoncentrowane na rozwiązaniu problemu	**Podejście skoncentrowane na siłach rodziny**
1. Etap kontaktu początkowego	
Zidentyfikowanie i zdefiniowanie problemu	Zdefiniowanie posiadanej przez klienta wizji i nadziei związanych z przyszłością
2. Etap definiowania celu	
Cel wyrażony w terminach odnoszących się do sposobów rozwiązania problemu i czynników facylitujących to rozwiązanie; Cele są ograniczone rolą i strukturą agencji oraz możliwościami klienta	Cel wyrażony pozytywnie, w terminach odnoszących się do wizji klienta i zgodnych z jego definicją i rozumieniem sytuacji; Cela są ograniczone przez kreatywność klienta i pracownika. Pracownik odkrywa i wydobywa ukryte siły i możliwości oraz pobudza kreatywne myślenie
3. Etap oceny	

Identyfikacja potrzeb klienta i czynników przyczyniających się do pojawienia się problemu. Ocena obejmuje także zasoby i siły, ale uwaga jest skoncentrowana na czynnikach w największym stopniu przyczyniających się do pojawienia się problemu	Ocena sił skoncentrowana na zidentyfikowaniu tego, co klient robi, aby poprawić sytuację, co się sprawdza, co będzie facylitowało kontynuowanie pożądanych zachowań i sytuacji. Ocena skoncentrowana na tym, co klient robi dobrze w związku z celami i posiadaną wizją/wyobrażeniem
4. Etap interwencji	
Wspólnie wybrana, ale oparta na racjonalnych i możliwych do zrealizowania celach. Koncentracja na wyborze między alternatywnymi rozwiązaniami problemu	Wspólnie określone strategie budowania na siłach, umiejętnościach, wiedzy, pragnieniach w kierunku realizacji celów zdefiniowanych przez klientów. Współpraca w eksplorowaniu strategii. Koncentracja na identyfikowaniu wewnętrznych i zewnętrznych, wytworzonych i naturalnie pojawiających się zasobów
5. Etap ewaluacji	
Osiągnięcie celu zależy od tego, czy problem został rozwiązany lub się zmniejszył (z obiektywnego punktu widzenia)	Osiągnięcie celu jest definiowane i redefiniowane prze klienta z jego subiektywnego punktu widzenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Early, GlenMaye (2000, s. 124).

Psychologia Pozytywna Skoncentrowana na Rodzinie[2] (*family-centered positive psychology*, FCPP) stosuje interwencje, których celem jest promowanie budowania sił i zdolności (*capacity building*), zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i systemów społecznych, a nie wyłącznie rozwiązanie problemów lub zlikwidowanie deficytów (Sheridan i in., 2004). Podejście to dostarcza podstaw teoretycznych do pracy z dziećmi i ich rodzinami, a rodzina jest tu traktowana jako coś stałego w życiu dziecka (Sheridan, Burt, 2009). W centrum zawsze znajduje się dziecko, ale zasadniczym celem jest osiągnięcie lepszych rezultatów zarówno w odniesieniu do niego, jak i rodziny. W tego rodzaju interwencji chodzi więc o wzmacnianie rodziny oraz o poprawę funkcjonowania jej członków, w tym dzieci. U podłoża leży tu bowiem założenie, że aby pomóc dziecku, należy – paradoksalnie – skoncentrować uwagę i wysiłki na osobach dorosłych obecnych w jego życiu, np. na rodzicach i nauczycielach. Uzasadnione jest to tym, iż to właśnie te dorosłe osoby kształtują i kontrolują konteksty mające zasadnicze znaczenie dla rozwoju dziecka,

a zatem, aby jakość jego życia uległa poprawie, pozytywne siły i właściwości muszą zostać nabyte również przez dorosłych kontrolujących kontekst, w którym wszystkie te osoby wchodzą ze sobą w interakcje, a warunkiem efektywności jest praca z wieloma kontekstami funkcjonowania dziecka (Sheridan i in., 2004).

W ramach FCPP realizowane jest podejście, które promuje „umacnianie" (*empowerment*) rodziny, definiowane tutaj jako „model pomagania, który polega na wspieraniu rodziny w proaktywnym identyfikowaniu potrzeb, mobilizowaniu zasobów i osiąganiu celów przez rozwój osobistych możliwości, sił i zdolności" (Sheridan i in., 2004, s. 9). Nacisk kładziony jest zatem na zdobywanie przez członków rodziny kompetencji niezbędnych do rozwiązania problemu i osiągnięcia określonego celu. Ponadto przyjęta tutaj zasada partnerstwa oznacza, że członkowie rodziny są traktowani jako równi partnerzy w identyfikowaniu potrzeb i celów, w określaniu strategii i planów oraz ewaluacji rezultatów (Sheridan i in., 2004).

Istotne znaczenie dla zwiększenia potencjału rozwojowego dziecka ma również współpraca między rodziną i szkołą, stanowiącą istotny kontekst rozwoju dziecka. Pozytywne, konstruktywne relacje między zasadniczymi systemami stanowiącymi podstawowy kontekst rozwoju dziecka pomagają rodzinie w rozwijaniu kompetencji i wykorzystywaniu zasobów w interesie dziecka; odpowiednie kształtowanie tych relacji i wspieranie systemów ma w FCPP zasadnicze znaczenie (Sheridan, Burt, 2009).

W Psychologii Pozytywnej Skoncentrowanej na Rodzinie **proces osiągania pożądanych rezultatów**, zarówno tych związanych z dzieckiem, jak i z rodziną, ma specyficzny charakter, dzięki któremu zwiększa się możliwość uzyskania długoterminowych pozytywnych rezultatów. Istotą tego procesu jest promowanie zaangażowania, autodeterminacji i rozwoju umiejętności członków rodziny. Wspomagane jest ich aktywne uczestniczenie w ulepszaniu własnego życia, aktywne angażowanie się w identyfikowanie własnych potrzeb, w mobilizowanie zasobów dla siebie samych oraz w osiąganie celów (które same określiły) przez rozwój jednostkowych sił, zdolności i możliwości (Sheridan i in., 2004). Rodzina jest zatem włączana w ten proces przez identyfikowanie własnych potrzeb oraz selekcjonowanie właściwych zasobów, które odpowiadają jej potrzebom i siłom (Sheridan, Burt, 2009). Dzięki takiemu procesowi pracy

z rodzinami zwiększa się prawdopodobieństwo zastosowania przez nie w przyszłości, gdy pojawią się podobne potrzeby, strategii prowadzących do pożądanych rezultatów i dostarczających nowej wiedzy oraz umiejętności, które okazały się wcześniej właściwe i możliwe do zastosowania (Sheridan i in., 2004).

W Psychologii Pozytywnej Skoncentrowanej na Rodzinie (FCPP) równie ważne jest uzyskanie określonych rezultatów, jak i proces ich uzyskiwania, promujący aktywny udział członków rodziny w ulepszaniu ich życia. Siły rodziny i jej zdolności wykorzystywane są do tego, by zidentyfikować nowe zasoby, mobilizować je i uzyskać do nich dostęp. W mobilizowaniu zasobów szczególnie znaczenie ma dostarczanie wsparcia społecznego. Nabywanie przez dziecko i rodzinę nowych kompetencji dokonuje się także dzięki określonym zachowaniom profesjonalistów. Uwaga koncentrowana jest raczej na tych potrzebach, które zostały zidentyfikowane przez rodzinę, niż na tych określonych przez profesjonalistów (Sheridan i in., 2004, s. 7–10).

Psychologia Pozytywna Skoncentrowana na Rodzinie **wykorzystuje posiadane przez rodzinę siły i zdolności po to, by uzyskać dostęp do jej zasobów i by je zmobilizować**. To podejście opiera się na założeniu, iż każda rodzina posiada siły i możliwości, jednak dostęp do nich i ich wykorzystanie mogą być z różnych względów utrudnione. Profesjonaliści pomagają członkom rodziny zidentyfikować te siły, uzyskać do nich dostęp, zmobilizować je i użyć do zdobycia celów określonych przez członków rodziny (Sheridan i in., 2004). Pomaganie rodzinie w wykorzystaniu jej własnych sił stwarza środowisko, w którym wzrasta przekonanie rodziny o własnej skuteczności i umiejętności funkcjonowania (Sheridan, Burt, 2009).

Podejście Psychologii Pozytywnej Skoncentrowanej na Rodzinie, **bazujące raczej na tych potrzebach rodziny i dziecka, które zostały zidentyfikowane przez samą rodzinę niż na tych, które zostały zdefiniowane przez profesjonalistów**, opiera się na założeniu, że to rodziny najlepiej potrafią zidentyfikować swoje najważniejsze potrzeby, i że zaangażowanie rodzin w dokonywanie zmian jest największe wtedy, kiedy same określają one swoje potrzeby. Profesjonaliści wspomagają rodzinę w określeniu jej potrzeb, jednak to rodzina jest odpowiedzialna za

określenie tego, jaki rodzaj wsparcia będzie jej potrzebny (Sheridan, Burt, 2009).

Psychologia Pozytywna Skoncentrowana na Rodzinie **promuje nabywanie kompetencji** przez rodzinę i dziecko. W tym podejściu oczekuje się, że rozwój sił, pozytywnych cech i umiejętności doprowadzi do generalizacji zasobów, które będą mogły być wykorzystane w przyszłości wobec różnorodnych wyzwań, i podkreśla się, że rozwiązanie konkretnego problemu jest ważne, jednak nie jest wystarczające, ponieważ niezbędne jest również dostarczenie rodzinie takiego wsparcia, które pozwoli jej członkom nabywać oraz rozwijać umiejętności i zasoby. Z podejściem węższym wiążą się liczne niebezpieczeństwa: może ono prowadzić do zależności od profesjonalistów, nie prowadzi do powstania osobistych zasobów, systemów pozytywnych przekonań, nie daje umiejętności określania osobistych potrzeb i mobilizowania zasobów rodzinnych w przyszłości (Sheridan i in., 2004).

Susan Sheridan i Jennifer Burt (2009) uważają, że FCPP stanowi koncepcję dobrze odpowiadającą na liczne wyzwania związane z pracą ze współczesną rodziną, podlegającą gwałtownym zmianom. Jest to bowiem model pracy, w którym wspiera się zdrowe funkcjonowanie rodziny z poszanowaniem jej wartości. Jest on zbudowany na wewnątrzsystemowej i międzysystemowej współpracy i partnerstwie, które dostarczają członkom rodziny wsparcia formalnego i nieformalnego. Zatem w modelu tym **duży nacisk położono na umacnianie wsparcia społecznego i sieci społecznej** – budowanie pozytywnych powiązań i sieci społecznych pomaga członkom rodziny mobilizować zasoby, które do tej pory mogły być przez nich spostrzegane jako niedostępne (Sheridan i in., 2004).

2.3.3. Prężność rodziny

Rozważania dotyczące prężności (*resilience*) to w psychologii nowy nurt, którego początki datują się na lata 70. XX w. Wtedy to wielu badaczy zagadnień społecznych zaintrygowało nie tyle pytanie o zaburzenia, deficyty i choroby, ile pytanie o to, „co powoduje, że niektórzy ludzie w obliczu zagrożeń i przeciwności losu zachowują zdrowie i mają się dobrze, podczas gdy inni nie?” (Patterson, 2002b, s. 233). Perspektywa prężności koncentruje się przede wszystkim na kwestiach związanych

z funkcjonowaniem jednostki, jednak najważniejsze pojęcia i koncepcje wypracowane w ramach badań nad prężnością jednostki odnoszone są także do szerszych systemów, w tym do rodziny (McCubbin, McCubbin, 1993; Patterson, 2002a, 2002b; Walsh, 2012). Zauważono bowiem, że chociaż wiele rodzin zostaje przez kryzysy lub uporczywe przeciwności losu zniszczonych, to wiele innych nadal ma się dobrze, dobrze się rozwija, a nawet wzmacnia się i ubogaca (Walsh, 2012).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2.2

Kamienie milowe rozwoju teorii i badań prężności rodzinnej to:
1. Przesunięcie zainteresowania od prężności jednostki w kierunku prężności rodziny.
2. Zmiana w podejściu do rodziny: przestano traktować ją jedynie jako źródło dysfunkcji, z którymi członkowie rodziny muszą sobie radzić, a zaczęto spostrzegać ją jako źródło sił i prężności.
3. Przestano traktować rodzinę jedynie jako kontekst prężności jednostki, a zaczęto traktować jako całość stanowiącą przedmiot analiz, koncentrując się na prężności relacyjnej.
4. Postęp w rozwoju zrozumienia konstruktów teoretycznych na poziomie rodziny.
5. Postęp w pomiarze konstruktów teoretycznych na poziomie rodziny.

Źródło: Van Breda, A.D. (2001). *Resilience theory: A literature review*. Pretoria, South Africa: South African Military Health Service. Available: http://www.vanbreda.org/adrian/resilience.htm..

W badaniach prężności jednostki od dawna uwzględniano rodzinę, jednak traktowano ją jedynie jako kontekst jednostki. Dopiero teorie systemowe dostarczyły podstaw teoretycznych do zajmowania się rodziną jako całością samą w sobie, dzięki czemu stała się ona przedmiotem analiz. Takie ujęcie rodziny pozwala mówić o prężności relacyjnej (*relationship resilience*), czyli o prężności jako o konstrukcie teoretycznym na poziomie grupy, jaką jest rodzina, w przeciwieństwie do prężności indywidualnej ujmowanej w kontekście rodziny (Walsh, 1996, za: Breda van, 2001).

Froma Walsh (2012) wskazuje, że koncepcja prężności rodziny zawiera zasadniczą zmianę spojrzenia na rodzinę: od koncentracji na jej deficytach w kierunku stojących przed nią wyzwań, z głębokim przekonaniem

o nieodłącznym potencjale systemu rodzinnego do zdrowienia i pozytywnego rozwoju wywiedzionego z przeciwności. W tym podejściu uważa się, że każda rodzina – bez względu na jej podatność i napotykane przeciwieństwa – ma potencjał, aby uzyskać prężność w odpowiedzi na kryzys. Prężność zaś, poza radzeniem sobie, adaptacją lub kompetencją w radzeniu sobie z trudnościami, umożliwia pozytywny wzrost i transformację, które pojawiają się w rezultacie doświadczania przeciwności (ibid., s. 422).

Definicja prężności rodziny

Patterson (2002a, s. 352) proponuje, aby prężność rodziny rozumieć jako proces, w którym interakcje między czynnikami ryzyka i czynnikami ochraniającymi wiążą się ze specyficznym rezultatem, przy czym czynniki ochraniające przez różne procesy moderują lub mediują ryzyko, co w efekcie prowadzi do dobrych rezultatów. Walsh (1996, s. 263; za: Breda van, 2001) prężność rodziny odnosi do tych kluczowych procesów, które umożliwiają rodzinie efektywniejsze radzenie sobie i wzmacnianie się w efekcie kryzysów lub długotrwałych stresów, pochodzących czy to z wnętrza rodziny, czy też spoza niej. McCubbin i McCubbin (1996, s. 5; za: Breda van, 2001) prężność rodziny definiują jako pozytywne wzorce zachowania i kompetencje funkcjonowania – przejawiane przez jednostki i rodzinę jako całość poddane działaniu stresu lub niepomyślnych okoliczności – które determinują zdolność rodziny powrotu do zdrowia przez utrzymanie lub przywrócenie jej integralności jako całości, jeżeli zabezpiecza to lub pozwala przywrócić dobrostan członków rodziny i rodziny jako całości.

Koncepcje i modele prężności rodziny

Koncepcja prężności rodziny wywodzi się z teorii stresu rodzinnego oraz teorii radzenia sobie (Burr, 1973; Hill, 1949; McCubbin, McCubbin, 1993; McCubbin, Patterson, 1983; Patterson, 2002a, b), jednak znacznie je rozszerza, ponieważ uwzględnia możliwość przemiany osobistej i przemiany relacji oraz możliwość wzrostu w efekcie doświadczania kryzysu i przeciwności (ryc. 2.1).

Istotny postęp w rozważaniach teoretycznych i badaniach prężności rodziny związany był z pojawieniem się **Modelu Stresu Rodzinnego ABCX Hilla** (1949), który dostarczył podstaw do opracowania znacznie późniejszych modeli prężności rodziny. Jak już wspominałam, istotnym wkładem tego modelu było to, że uwzględniono w nim zasoby rodziny i rodzinną definicję stresora, co ukazało możliwość wzmacniania rodzinnej prężności. Model Hilla został następnie rozszerzony przez Burra (1973). Ważnym elementem **Modelu Burra** było wyodrębnienie różnorodnych czynników rodzinnej podatności (*family vulnerability*) i rodzinnej regeneratywności (*family regenerativity*). Regeneratywność rodziny rozumiana była jako zdolność powrotu do zdrowia rodziny będącej w kryzysie, podatność rodziny zaś – jako jej zdolność niedopuszczenia do tego, by stresor rozwinął się w kryzys (Breda van, 2001).

W wyniku kolejnych zmian, jakie do Modelu Hilla wprowadzili McCubbin i Patterson (1983) powstał **Model Podwójnego ABCX** (*Double Model ABCX*). Istotne z punktu widzenia rozwoju koncepcji prężności rodziny było zainteresowanie się autorów tego modelu okresem po kryzysie. Rezultatem uwzględnionym w Modelu Hilla był stopień kryzysu, a za rodziny uzyskujące sukces uznawane były te, które minimalizowały wielkość kryzysu lub szkodliwe efekty stresora. W Modelu Podwójnego ABCX uwzględniono to, że niektóre rodziny wychodzą z kryzysu silniejsze i bardziej odporne niż były wcześniej (Breda van, 2001). Autorzy modelu stwierdzili, że redukcja kryzysu nie jest wystarczającym wskaźnikiem przystosowania rodziny wychodzącej z niego i wprowadzili pojęcie adaptacji, oznaczające dopasowanie między wymaganiami jednego systemu lub podsystemu a możliwościami realizowania tych wymagań przez inny system lub podsystem (ibid.).

Efektem kolejnych prac nad Modelem Podwójnego ABCX Hilla było powstanie **Modelu FAAR** (*Family Adjustment and Adaptation Response Model*, FAAR) (McCubbin, Patterson, 1983). W modelu tym opisano procesy zachodzące w rodzinie w wyniku jej wysiłków równoważenia wymagań i zasobów (McCubbin, McCubbin, 1993). Istotne z punktu widzenia koncepcji prężności rodziny jest wyodrębnienie w tym modelu dwóch możliwych rezultatów: przystosowania i adaptacji. Celem procesów przystosowawczych jest minimalizowanie stopnia zmian, jakie muszą być dokonane w rodzinie. Procesy te obejmują strategie składające się z trzech

komponentów. Pierwszy z nich – unikanie – obejmuje zaprzeczanie stresorowi w nadziei, że zniknie on sam z siebie. Drugi – eliminacja – to aktywny proces uwalniania się od stresora. Zarówno unikanie, jak i eliminacja mają na celu uniknięcie dokonania zmian w rodzinie przez niedopuszczenie do wniknięcia do niej stresora. Trzeci komponent – asymilacja – polega na dokonywaniu minimalnych zmian, które redukują negatywne oddziaływania stresora. Etap przystosowania dotyczy rezultatu wysiłków rodziny podejmowanych w celu radzenia sobie z relatywnie małymi stresorami, a zmiany w tej fazie są minimalne i nie obejmują żadnych zasadniczych zmian systemu rodzinnego ani struktury rodzinnej. Inaczej jest w przypadku adaptacji, która dotyczy wysiłków rodziny podejmowanych, by poradzić sobie z przedłużającymi się, ciężkimi i wielorakimi stresorami (Breda van, 2001).

Rozszerzoną wersją Modelu FAAR był **Model T-Podwójnego ABCX** (*T-Double ABCX Model*) (McCubbin, McCubbin, 2001). W modelu tym zwrócono uwagę na ogromne znaczenie istniejących w rodzinie wzorców funkcjonowania związanych z typologią rodziny (czynnik T w modelu) oraz różnych poziomów rodzinnych ocen poznawczych. Typologia rodziny jest definiowana jako „zestaw zasadniczych właściwości systemu rodziny, które charakteryzują i wyjaśniają to, jak system rodziny typowo/zazwyczaj ocenia, działa i/lub zachowuje się” (McCubbin, McCubbin, 1988, za: Breda van, 2001, s. 114). Jest to zatem typowy dla rodziny, możliwy do przewidzenia lub nawykowy wzorzec zachowania, który został utrwalony na przestrzeni czasu (Breda van, 2001).

Najnowszym i najbardziej rozbudowanym modelem teoretycznym prężności rodzinnej, stanowiącym rozszerzenie wszystkich dotychczasowych modeli stresu rodziny, jest **Prężnościowy Model Stresu Rodziny, Przystosowania i Adaptacji** (*Resilience Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation*) (McCubbin, McCubbin, 1993). W modelu tym wyróżnia się dwie zasadnicze, odrębne, ale powiązane ze sobą fazy: przystosowania (*adjustment*) i adaptacji (*adaptation*) oraz dwa możliwe rezultaty: przystosowanie rodziny i adaptację rodziny. Adaptacja, pojawiająca się w odpowiedzi na kryzys doświadczany przez rodzinę, świadczy o jej prężności (Patterson, 2002a). Faza przystosowania to wiele interakcji zachodzących między różnymi komponentami, determinujących rezultat w postaci dobrego lub nieudanego przystosowania. Stresor (A)

wchodzi w interakcję z podatnością rodziny (V), która jest kształtowana przez nagromadzone stresory, przemiany i napięcia pojawiające się w tym samym czasie, co stresor. Podatność rodziny pozostaje w interakcji z rodzinnymi zasobami odporności (B) (*family resistance resources*). Zasoby te z kolei wchodzą w interakcję z rodzinną oceną poznawczą stresora (C), czyli ze wspólną dla całej rodziny oceną wagi problemu. Wzajemne oddziaływania występują także między rodzinną oceną poznawczą stresora a rodzinnymi strategiami rozwiązywania problemu i radzenia sobie (PSC). Rezultatem tego etapu jest przystosowanie, które może przyjmować postać od dobrego dopasowania (*bonadjustment*) do niedopasowania (*maladjustment*). Dobre dopasowanie oznacza, że dotychczasowe wzorce funkcjonowania rodziny zostają utrzymane, natomiast niedopasowanie oznacza kryzys rodziny, z którym wiąże się konieczność zmian w dotychczasowych wzorcach funkcjonowania w celu poradzenia sobie ze stresującą sytuacją (McCubbin i in., 1998, s. 5–6). Jeżeli zatem stresor nie jest zbyt duży i/lub rodzina nie jest zbyt podatna i/lub posiada korzystny wzorzec funkcjonowania i pozytywną ocenę stresora oraz dobre zasoby odpornościowe i duże zdolności rozwiązywania problemu i radzenia sobie, może przetrwać i uzyskać stan dobrego dopasowania. Niewielkie przemiany funkcjonowania rodziny, które promują równowagę i harmonię, bez zmian fundamentalnych, zasadniczych, mogą służyć dobremu dopasowaniu. Celem tej fazy (przystosowania) jest więc poradzenie sobie ze stresorem bez wprowadzania zasadniczych lub trwałych zmian w istniejących w rodzinie dotychczasowych wzorcach funkcjonowania (ibid., s. 8). Jeżeli jednak stresor jest bardzo poważny, intensywny lub chroniczny, wymagania stawiane rodzinie mogą być zbyt duże, by poradziła sobie z nimi przez te niewielkie regulacje. Konieczne stają się wówczas bardziej zasadnicze zmiany w systemie rodzinnym – w rolach pełnionych przez jego członków, w jego celach, wartościach, priorytetach, granicach i wzorcach funkcjonowania (ibid., s. 10). W sytuacji załamania dotychczasowych wzorców funkcjonowania rodzina doświadcza niedopasowania i wynikającego stąd kryzysu (X) (Breda van, 2001). Kryzys rodziny oznacza rodzinną dysharmonię i nierównowagę w systemie oraz wskazuje na potrzebę zasadniczych zmian w rodzinnych wzorcach funkcjonowania, by przywrócić stabilność, porządek, równowagę i poczucie harmonii. Ruch

inicjujący te zmiany we wzorcu funkcjonowania systemu rodzinnego oznacza początek fazy adaptacji (McCubbin i in., 1998, s. 10).

Rezultatem fazy adaptacji jest adaptacja rodziny (XX), która może osiągać różny poziom. Poziom udanej adaptacji jest zdeterminowany przez wiele wchodzących ze sobą w interakcję elementów: nowe wzorce funkcjonowania (TT), dotychczasowe wzorce funkcjonowania, które zostały utrzymane, zrewitalizowane lub zmodyfikowane (T), rodzinne zasoby prężności (BB), sieć wsparcia społecznego rodziny (BBB), rodzinne oceny poznawcze sytuacji (CC) dokonywane przez rodzinny schemat (CCCCC), rodzinną koherencję (CCCC) i rodzinne paradygmaty (CCC) oraz rodzinne zdolności rozwiązywania problemu i radzenia sobie (PSC) (Breda van, 2001, s. 121–122). Adaptacja stanowi rezultat wysiłków rodziny podejmowanych w celu wprowadzenia do rodziny będącej w kryzysie nowego poziomu równowagi, harmonii i funkcjonowania (McCubbin i in., 1998, s. 12).

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2.3

Stresor (A) – to stawiane rodzinie wymaganie, które powoduje lub ma potencjał spowodowania zmiany w systemie rodzinnym (McCubbin i in., 1998, s. 6).
Stresory obejmują:
• stresory normatywne i nienormatywne;
• długotrwałe, narastające rodzinne napięcia (*ongoing family strains*);
• drobne, codzienne utrapienia, zaburzenia i zakłócenia (*daily hassles*) (Patterson, 2002a, s. 350).

Patterson (2002b) uważa, że chociaż normatywne wymagania z reguły nie stanowią dla rodziny ryzyka kryzysu, to jednak w niektórych sytuacjach i kontekstach mogą nabrać takiego charakteru (np. urodzenie nieplanowanego dziecka może spowodować istotne zmiany w planach zawodowych, powodując wzrost konfliktów i napięć w obrębie pary). Ponadto, posiadanie przez rodzinę zbyt małej ilości zasobów (np. brak wykształcenia, brak wsparcia) zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się trudności związanych z wymaganiami normatywnymi, co powoduje, że rodziny te mogą zostać uznane za rodziny poważnie zagrożone kryzysem. Patterson (2002a) przyjmuje więc, że w pewnych warunkach kompetencja w radzeniu sobie z normatywnymi wymaganiami może również świadczyć o prężności rodziny.

Zasoby rodzinnej odporności (*family resistance resources*) (B) to możliwości (*capabilities*) i siły rodziny: jej umiejętności i możliwości odpowiadania na stresor i radzenia sobie z nim oraz ze związanymi z nim wymaganiami przez niedopuszczenie, by sytuacja przerodziła się w kryzys lub przez niedopuszczenie do zaburzeń w istniejących wzorcach rodzinnego funkcjonowania. Zasoby lub siły rodziny stają się częścią rodzinnej zdolności opierania się kryzysowi i promowania rodzinnej odporności, co prowadzi do udanego przystosowania (McCubbin i in., 1998, s. 8).

Zasoby rodziny (BB) obejmują rodzinne możliwości oraz zasoby prężności lub adaptacyjne. Możliwości rodzinne są definiowane jako „potencjał rodziny, by sprostać wszystkim stawianym jej wymaganiom" (McCubbin, McCubbin, 1993, s. 45, za: Breda van, 2001). Zasób prężności to charakterystyka, cecha lub kompetencja indywidualna, rodziny lub społeczności, która facylituje adaptację rodziny (ibid.).

Stresory i zasoby mogą pochodzić z każdego z trzech poziomów ekosystemu (Patterson, 2002a, s. 350): poziomu indywidualnych członków rodziny, poziomu rodziny jako całości, poziomu różnych kontekstów społecznych.

Podatność rodziny (*family vulnerability*) (V) to kondycja interpersonalna lub organizacyjna systemu rodzinnego. Kondycja systemu rodzinnego może przyjmować wartości od dobrej do słabej, co pozostaje w związku ze skumulowanymi wymaganiami (McCubbin i in., 1998, s. 6). Podatność mówi o tym, jak bardzo rodzina jest wrażliwa na specyficzne stresory (Breda van, 2001).

Typologia rodziny (*family typology of established patterns of functioning*) (T) jest określona przez zestaw właściwości, które wyjaśniają, jak system rodziny działa lub zachowuje się. To możliwy do przewidzenia i dostrzegalny wzorzec funkcjonowania rodziny (McCubbin i in., 1998, s. 8). Rodzina w kryzysie musi dokonać oceny wzorców swojego funkcjonowania i zdecydować, których z nich powinna zaniechać, które zachować, a które zrekonstruować.

Nowo wprowadzone do rodziny wzorce funkcjonowania (TT) – rodzina posiada wiele ustabilizowanych wzorców funkcjonowania, które mogą być nieadekwatne do poradzenia sobie z kryzysem systemu rodzinnego. By zachować funkcjonowanie rodziny z poczuciem jedności i stabilności, potrzebne są nowe wzorce. Mogą one pociągać za sobą zmiany w pięciu obszarach funkcjonowania rodziny: rodzinnych reguł, rodzinnych nawyków i tradycji, koalicji w rodzinie, wzorca komunikacji, związków z szerszą społecznością.

Kryzys rodziny (*family crisis*) to „stan nierównowagi, dysharmonii i dezorganizacji w systemie rodzinnym" (McCubbin, McCubbin, 2001, s. 22). Wskazuje na potrzebę zasadniczych zmian w rodzinnych wzorcach

funkcjonowania po to, by przywrócić stabilność, porządek, równowagę i poczucie harmonii.

Wsparcie społeczne (BBB) to zasoby i wsparcie społeczne obejmujące wszystkie osoby i instytucje, które mogą być użyte przez rodzinę, by radzić sobie ze stresorem (McCubbin i in., 1998).

Procesy rodzinnej oceny poznawczej (*family appraisal processes*) to procesy obejmujące pięć zasadniczych poziomów: schemat (*schema*) (CCCCC), koherencję (CCCC), paradygmaty (*paradigms*) (CCC), ocenę poznawczą sytuacji (CC) i ocenę poznawczą stresora (C).

Schemat rodziny (CCCCC) to uogólniona struktura wspólnych dla całej rodziny wartości, przekonań, celów, oczekiwań i priorytetów. Została ona ukształtowana i przyjęta przez rodzinę jako całość, rozwija się w czasie, odgrywa rolę dyspozycyjnego poglądu na świat i stanowi podstawę do oceny sytuacji kryzysu (McCubbin i in., 1998, s. 23).

Rodzinna koherencja (CCCC) to konstrukt, który wyjaśnia motywacyjne i poznawcze podłoże transformacji potencjalnych zasobów rodziny w zasoby faktyczne. Jest to dyspozycyjny pogląd na świat, który wyraża dynamiczne poczucie rodziny, iż ten świat jest zrozumiały, możliwe jest poradzenie sobie w nim, a wymagania są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, Sourani, 1988).

Rodzinne paradygmaty (CCC) to wspólne dla całej rodziny przekonania i oczekiwania, ukształtowane i zaadaptowane przez rodzinę jako całość, które wyznaczają rozwój specyficznych wzorców funkcjonowania w określonych obszarach lub wymiarach życia rodzinnego – np. komunikacja, orientacja religijna, wychowywanie dzieci (McCubbin i in., 1998, s. 23–24).

Ocena poznawcza sytuacji (CC) to wspólna dla całej rodziny ocena stresora, trudności z niego wynikających, stojących przed rodziną wymagań dotyczących zmiany jej dotychczasowych wzorców funkcjonowania. Ocena ta zawsze dokonywana jest w relacji do rodzinnych możliwości poradzenia sobie z sytuacją kryzysu (ibid., s. 24).

Rodzinna ocena poznawcza stresora (C) to rodzinna definicja powagi stresora i związanych z nim trudności.

Znaczenia rodzinne to coś innego niż znaczenia prezentowane przez indywidualnych członków rodziny oraz coś innego niż zgodność tych indywidualnych znaczeń. „Znaczenia rodzinne to interpretacje, wyobrażenia i poglądy, które zostały skonstruowane kolektywnie przez członków rodziny w związku z tym, że wchodzą oni ze sobą nawzajem w interakcje, spędzają wspólnie czas, dzielą wspólną przestrzeń i doświadczenia życiowe oraz ze sobą rozmawiają i dyskutują o tych doświadczeniach" (Patterson, Garwick, 1998, s. 80–81). Walsh (2012) podkreśla, że wspólna konstrukcja rzeczywistości pozostaje pod wpływem przekonań międzypokoleniowych rodziny i przekonań kulturowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Antonovsky, Sourani (1988); Breda van (2001); McCubbin, McCubbin (2001); McCubbin i in. (1998); Patterson (2002a, 2002b); Patterson, Garwick (1998).

Rodzina uzyskująca sukces w procesie adaptacji: a) w dalszym ciągu przejawia zdolność promowania rozwoju swoich członków, b) przejawia chęć utrzymania rodziny w całości, dzięki czemu może ona realizować swoje zadania rozwojowe związane z poszczególnymi etapami w cyklu życia rodziny (Patterson, 2002a).

Joän Patterson (2002b) wyraża pogląd, że rozważając zagadnienie prężności rodziny, należy zajmować się rezultatami na poziomie systemu rodzinnego, co oznacza, iż rezultat świadczący o prężności rodziny powinien stanowić produkt relacji rodzinnych. Proponuje ona sposób konceptualizacji znaczących rezultatów na poziomie rodziny, pozwalający na oszacowanie jej prężności. Sposób ten polega na ocenie stopnia, w jakim rodzina przejawia kompetencję w wypełnianiu jednej lub większej liczby spośród przynależnych jej funkcji z korzyścią dla swoich indywidualnych członków i innych systemów społecznych. Patterson, podobnie jak Ooms (1996, za Patterson 2002a), mówi o czterech zasadniczych funkcjach rodziny: (1) przynależności do rodziny i jej tworzeniu, (2) wsparciu ekonomicznym i opiece, (3) edukacji i socjalizacji oraz (4) ochronie słabszych członków rodziny. Według Patterson (ibid.) bycie rodziną prężną nie wymaga kompetencji w realizowaniu wszystkich funkcji rodziny, jednak sukcesy w wypełnianiu tych różnych funkcji mogą być ze sobą silnie skorelowane.

Froma Walsh (2012), na podstawie przeglądu literatury badawczej związanej z pracą kliniczną oraz z badaniami naukowymi w obszarze nauk społecznych prowadzonymi w celu zrozumienia prężności rodziny i jej efektywnego funkcjonowania, zidentyfikowała procesy kluczowe dla prężności rodziny. Są to te procesy, „dzięki którym zostaje zmniejszone ryzyko, które sprzyjają zdrowieniu i wzrostowi po zadziałaniu kryzysu oraz dodają rodzinie siły do tego, by przezwyciężać długotrwałe trudności” (ibid., s. 405). Procesy te związane są z trzema zasadniczymi obszarami funkcjonowania rodziny, z: (1) systemami przekonań rodzinnych, (2) wzorcami organizacyjnymi rodziny i (3) procesami komunikacyjnymi (tab.

2.4). Pozostają one ze sobą w synergicznej interakcji, czyli wzajemnie się wzmacniają.

TABELA 2.4

Właściwości rodzin prężnych

I. Systemy przekonań	
1. Nadawanie znaczenia przeciwnościom	
relacyjne ujęcie prężności	dobrze funkcjonujące rodziny traktują kryzys lub długo trwające trudności jako wspólne wyzwanie
normalizowanie dystresu i ujmowanie go w kontekście	trudności rodziny stają się możliwe do zrozumienia w kontekście niepomyślnej sytuacji, w jakiej się rodzina znalazła; jako normalna odpowiedź na nienormalne lub nieludzkie warunki
poczucie koherencji rodziny	
facylitująca ocena	wyjaśnianie tego, co się stało przez atrybucje przyczynowe lub wyjaśniające oraz patrzenie z nadzieją w przyszłość
2. Pozytywne spojrzenie na świat	
nadzieja i optymistyczne nastawienie; przeświadczenie, że przeciwności zostaną przezwyciężone	nadzieja dodaje energii i wzmacnia wysiłki, podejmowane, by pokonać przeciwności
odwaga i dodawanie odwagi; dostrzeganie mocnych stron; koncentracja na potencjale	zmniejsza to poczucie bezradności, porażki i winy, wzmacnia dumę, zaufanie i ducha walki, zwiększa odwagę do korzystania z okazji, możliwości i zachęca do trwania w wysiłkach; buduje zaufanie rodziny do siebie samej oraz nowe kompetencje dzięki doświadczaniu własnej biegłości, umiejętności, przez uczenie się, że podejmowane wysiłki nie są bez znaczenia
aktywna inicjatywa i wytrwałość	przejawianie przez rodzinę ufności, że zrobi wszystko, co w jej mocy, oraz że będzie wspierać aktywne działania swoich członków w pokonywaniu wyzwań
zrobienie wszystkiego, co możliwe; akceptacja tego, czego zmienić nie można; tolerowanie niepewności	rodzina robi inwentaryzację stojących przed nią wyzwań, swoich zasobów i celów; następnie koncentruje całą swoją energię na zrobieniu wszystkiego, co możliwe, aby zrealizować najlepszą opcję
3. Transcendencja i duchowość	

szersze wartości, cele	pozyskiwane są znaczenia i cele wykraczające poza bezpośrednie życie rodziny
duchowość: wiara, praktyki kontemplacyjne, wspólnota; związki z naturą	zasoby duchowe sprzyjają prężności; rytuały i ceremonie ułatwiają przejście przez znaczące sytuacje i łączą z szerszą społecznością oraz ze wspólnym dziedzictwem
inspiracja: dostrzeganie możliwości; marzenia życiowe; kreatywna ekspresja	
przemiana: uczenie się, zmiana i wzrost wynikające z przeciwności	kryzys może dać w efekcie uczenie się, przemianę i wzrost w nieprzewidywalnym kierunku (wzrost potraumatyczny)
II. Wzorce organizacyjne rodziny	
1. Elastyczność	
otwartość na zmiany: przeskok/odbicie się, reorganizacja, adaptacja do nowych warunków	elastyczność oznacza otwartość na adaptacyjne zmiany; rodziny doświadczające poważnego kryzysu adaptując się, często nie powracają do poprzedniego stanu normalności, ale tworzą nową normalność
stabilność przeciwdziałająca zniszczeniu (*disruption*): ciągłość, pewność, przewidywalność	zmiany zagrażające stabilności są równoważone; kontynuowanie codziennego, zwyczajnego toku zajęć oraz rodzinnych rytuałów daje poczucie ciągłości, pewności i przewidywalności
silne autorytatywne zarządzanie: opieka (*nurture*), ochrona, przewodzenie	efektywnemu funkcjonowaniu rodziny i dobrostanowi dzieci sprzyja zarządzanie stanowcze, pewne, ale elastyczne
w przypadku zróżnicowanych form życia rodzinnego: współpracujący podsystem rodzicielski	
2. Relacje/związki	
wzajemne wsparcie, współpraca, zaangażowanie	wzajemne wsparcie, współpraca i zaangażowanie wzmacniają prężność

respektowanie indywidualnych potrzeb, różnic	
dążenie do ponownego nawiązania stosunków, naprawy błędów i krzywd	
3. Zasoby społeczne i ekonomiczne	
mobilizowanie krewnych, sieci relacji społecznych; modele i mentorzy	krewni, członkowie grup społecznych, religijnych mogą dostarczać wsparcia praktycznego i emocjonalnego; znaczenie mentorów i modeli szczególnie ważne w przypadku młodych osób
budowanie bezpieczeństwa finansowego; równoważenie napięć praca–rodzina	
szersze systemy: wsparcie instytucjonalne i strukturalne	wspierające instytucje oraz struktury i programy w miejscu pracy, placówkach opieki i innych systemach społecznych
III. Komunikacja i rozwiązywanie problemów	
1. Jasne, spójne komunikaty	
wyjaśnianie sprzecznych informacji; dążenie do prawdy	posiadanie jasnych informacji o sytuacji i możliwość dzielenia się nimi oraz możliwość wyrażania oczekiwań dotyczących przyszłości sprzyjają nadawaniu znaczeń, podejmowaniu decyzji i planowaniu przyszłości
2. Otwarta ekspresja emocjonalna	
dzielenie się bolesnymi uczuciami; empatyczna wrażliwość; tolerowanie różnic	ważne jest uwzględnienie zróżnicowania norm kulturowych dotyczących dzielenia się złymi wiadomościami oraz emocjonalnej ekspresji
interakcje źródłem przyjemności, humoru; przynoszące ulgę	znalezienie przez rodzinę – mimo wielu problemów, cierpienia i zmagania się – czasu i miejsca na wytchnienie i ulgę odnawia energię i podnosi na duchu (np. świętowanie urodzin, pozytywnych rodzinnych wydarzeń)
3. Współpraca przy rozwiązywaniu problemów	
kreatywna burza mózgów; pomysłowość	kreatywna burza mózgów zwiększa pomysłowość w przezwyciężaniu trudności

wspólne podejmowanie decyzji; znajdowanie rozwiązania konfliktów; negocjacje; sprawiedliwość	wspólne podejmowanie decyzji i rozwiązywanie konfliktów oznacza sprawiedliwe negocjowanie w sprawach dzielących rodzinę
koncentracja na celach, podejmowanie konkretnych kroków: budowanie na sukcesie; uczenie się na błędach	określenie priorytetów i możliwych do osiągnięcia celów oraz podejmowanie konkretnych kroków na drodze do ich osiagnięcia sprzyja prężności
postawa proaktywności: bycie przygotowanym, planowanie, prewencja	zmiana trybu z „reaktywnego" wobec kryzysu na tryb „proaktywny": przygotowywanie się do antycypowanych wyzwań oraz rozważanie planu awaryjnego na wypadek pojawienia się wyzwań nieprzewidywanych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Walsh (2012, s. 406–413).

Przypisy

[1] Na gruncie polskim ukazało się już kilka wartościowych prac, dzięki którym polski Czytelnik może zapoznać się bliżej z problematyką stanowiącą przedmiot zainteresowania psychologii pozytywnej. Szczególnie polecane pozycje to (w porządku alfabetycznym): Carr (2009), Czapiński (2005), Trzebińska (2008).

[2] Prezentację tego rodzaju interwencji opracowałam na podstawie artykułu Sheridan i współautorów (2004).

Literatura

Abramowicz, M. (2012). *Rodziny tworzone przez osoby nieheteroseksualne i wychowywane przez nie dzieci*. W: G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski (red.), *Wprowadzenie do psychologii LGB* (s. 244–262). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6–11 and 12–16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 223–233.

Ackerman, M.J. (2006). *Clinician's Guide to Child Custody Evaluation*. New York: Wiley.

Ackerman, N.J. (1980*). The family with adolescents*. W: E.A. Carter, M. McGoIdrick (red.), *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. New York: Gardner Press, Inc.

Acs, G., Nelson, S. (2002). The kids are alright? Children's well-being and the rise of cohabitation. *Assessing the New Federalism Policy Brief*, B-48.Washington, DC: The Urban Institute.

Adamczak, M. (1992). *Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia*. W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej* (t. 2, s. 41–73). Poznań: WN UAM.

Adamski, F. (2007). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Adamski, T. (2008). *Mętlik i baby-boom, czyli rodzina ma się dobrze – model skandynawski*. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 372–381). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Afifi, T.D., Schrodt, P. (2003). Uncertainty and the avoidance of the state of one's family in stepfamilies, postdivorce, and single-parent families, and first-marriage families. *Human Communications Research, 29*, 516–532.

Ainsworth, M.D.S. (1972). *Attachment and dependency: a comparisian*. W: J.L. Gerwlirtz (red.), *Attachment and Dependency* (s. 97–137). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant mother attachment. *American Psychologist*, *34*, 932–937.

Ainsworth, M.D.S. (1984). *Attachment*. W: N.S. Endler, J.McV. Hunt (red.), *Personality and the Behavioral Disorders* (s. 559–602). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S. (1985a). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*, 771–791.

Ainsworth, M.D.S. (1985b). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *61*, 792–812.

Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709–716.

Akker, O. van den (2012). *Reproductive Health Psychology*. London: Wiley.

Aldous, J. (1990). Family development and the life course: Two perspectives. *Journal of Marriage and the Family*, *52*, 571–583.

Alexander, R.P., Feeney, J.A., Hohaus, L., Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, *8*, 137–152.

Alford, B.A., Beck, AT. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Allison, P.D., Furstenberg, F.F. (1989). How marital dissolution affects children: Variations by age and sex. *Developmental Psychology*, *25*, 540–549.

Alpert-Gillis, L.J., Pedro-Carroll, J.L., Cowen, E.L. (1989). The children of divorce intervention program: Development, implementation, and evaluation of a program for young urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 583–589.

Amato, P.R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, *62*, 1269–1287.

Amato, P.R., Keith, B. (1991). Parental divorce and the well being of children. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *110*, 26–46.

Ambert, A.M. (2005). *Cohabitation and Marriage: How are They Related?* Ottawa: Vanier Institute of the Family.

Ambert, A.M. (2009). *Divorce: Facts, Causes, and Consequences. Contemporary Family Trends.* Ottawa: The Vanier Institute of the Family.

Amudha, M., Rani, S., Kannan, K., Manavalan, M. (2013). An updated overview on causes, diagnosis and management of infertility. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, *18*(1), 155–164.

Amundson, R. (1981). *Blended families*: *one plus one equals more than two*. W: C. Getty, W. Humphrey (red.), *Understanding the Family: Stress and Change in American Family Life* (s. 117–128). New York: Appleton-Century-Crofts.

Anapol, D. (2013). *Poliamoria. Miłość i intymność z wieloma partnerami i partnerkami*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Andrzejewski, M., Gąsiorek, P., Ławrynowicz, P., Synoradzka, M. (2006). *Rodziny zastępcze – problematyka prawna*. Toruń: Dom Organizatora.

Antonovsky, A., Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, *50*(1), 79–92.

Aron, A., Fisher, H., Mashek, D., Strong, G., Brown, L. (2005). Reward, motivation and emotion systems associated with early stage intensive romantic love. *Journal of Neurophysiology*, *94*, 327–337.

Aronson, S.R., Huston, A.C. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabiting and marital families: A case for marriage? *Journal of Family Psychology*, *18*, 5–18.

Artis, J.E. (2007). Maternal cohabitation and child well-being among kindergarten children. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 222–236.

Astington, J. (1990). *Narrative and the child's theory of mind*. W: B. Britton, A. Pellegrini (red.), *Narrative Thought and Narrative Language* (s. 151–171). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Augustyn, J. (2005). Przewodnik po rozterkach młodości. *Życie Duchowe*, *41*, 145–148.

Babiuch, M.E., Kriegelewicz, O. (2002). *Zależność od współmałżonka a satysfakcja małżeńska*. Referat wygłoszony na XXXI Zjeździe Naukowym PTP, w Lublinie (materiały własne).

Bachman, H.J., Coley, R.L., Carrano, J. (2012). Low-income mothers' patterns of partnership instability and adolescents` socioemotional well-being. *Journal of Family Psychology*, *26*(2), 263–273.

Backer, W.C. (1964). *Consequences of different kinds of parental discipline*. W: M.L. Hoffman, L.W. Hoffman (red.), *Review of child development research* (t. 1, s. 169–208). New York: Russell Sage Foundation.

Badora, S. (2002). *Główne formy opieki kompensacyjnej w Polsce*. W: S. Badora, D. Marzec (red.), *System opieki kompensacyjnej w zjednoczonej Europie* (s. 12–45). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Badora, S. (2005a). *Rodzina zastępcza*. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 272–287). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Badora, S. (2005b). *Rodzinny dom dziecka*. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 309–314). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Bailey, D.B., Skinner, D., Rodriguez, P., Gut, D., Correa, V. (1999). Awareness, use, and satisfaction with services for Latino parents of young children with disabilities. *Exceptional Children*, *65*, 367–381.

Bailey, J.A., Hill, K.G., Oesterle, S., Hawkins, J.D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generations: Monitoring, harsh discipline, and drug use in the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, *45*(5), 1214–1226.

Bajcar, E. (2013). *Transmisja zachowań ryzykownych i szkodliwych dla zdrowia w rodzinie i grupach rówieśniczych*. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości* (s. 191–206). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Baker, S. (2008). *Social learning theory*. W: M.L. McCue (red.), *Domestic Violence* (wyd. 2, s. 13–14). Santa Barbara, CA: ABC-CLIO Inc.

Baker, S. (2009). *Modeling theory*. W: F. Schmalleger (red.), *Criminology Today, an Integrative Introduction* (wyd. 5). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Prentice Hall.

Baker, S. (2010). *Intergenerational transmission theory*. W: D.K. Gosselin (red.), *Heavy Hands: An Introduction to the Crimes of Family Violence* (wyd. 4, s. 75–77). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Prentice Hall.

Baker, S. (2011). *Family Abuse and Crime – Theoretical Models of Family Violence*, http://law.jrank.org/pages/1167/Family-Abuse-Crime-Theoretical-models-family-violence.html (dostęp: 10.12.2013).

Bakiera, L. (2003). *Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 47–62). Poznań: WN UAM.

Bakiera, L. (2006). Rodzina z perspektywy socjologicznej i psychologicznej: ciągłość i zmiana. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *17*, 101–115. Poznań: WN UAM.

Bakiera, L. (2008). Rozwojowe współoddziaływanie pokoleń w rodzinie. Rodzice w wieku średnim i dorastające dzieci. *Psychologia Rozwojowa*, *13*(1), 25–37.

Bakiera, L. (2009). *Wartość małżeństwa w rozwoju człowieka dorosłego*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka* (s. 25–57). Poznań: WN UAM.

Baldwin, A.L. (1955). *Behavior and Development in Childhood*. New York: Dryden Press.

Baldwin, M.W., Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, *2*, 247–261.

Balen, F. van (2002). *The psychologization of infertility*. W: M.C. Inhorn, F. van Balen (red.), *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies* (s. 79–98). Berkeley: University of California Press.

Balen, F. van, Inhorn, M.C. (2002). *Interpreting infertility: A view from the social sciences*. W: M.C. Inhorn, F. van Balen (red.), *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies* (s. 3–32). Berkeley: University of California Press.

Baltes, P.B., Brim, O.G. (red.). (1985). *Life Span Development and Behavior*. T. 5. New York: Academic Press.

Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology, 31*, 65–110.

Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Bandler, R., Grinder, J., Satir, V. (1999). *Zmieniamy się wraz z rodzinami. O zdrowej komunikacji*. Gdańsk: GWP.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral changes. *Psychological Review*, *84*, 191–215.

Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: WN PWN.

Bandura, A., Ross, D., Ross, S.A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *66*, 3–11.

Bane, M.J. (1976). Marital disruption and the lives of children. *Journal of Social Issues*, *32*, 103–117.

Bank, S.P., Kahn, M.D. (1975). Sisterhood – brotherhood is powerful: Sibling subsystems and and family therapy. *Family Process*, *14*, 331–337.

Bańka, M. (2006). *Determinanty dobrostanu w społeczeństwie polskim na przestrzeni lat. Analiza danych PGSS*. Niepublikowana praca magisterska, SWPS, Warszawa.

Barbaro, B. de (1997). *Pacjent w swojej rodzinie*. Warszawa: Springer PWN.

Barbaro, B. de (1999). *Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny*. W: B. de Barbaro (red.), *Schizofrenia w rodzinie* (s. 15–34). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Barbaro, B. de (red.). (1999a). *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Barbaro, B. de (red.). (1999b). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Barbaro, B. de, Namysłowska, I. (2012). *Terapia rodzinna*. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. 3: *Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne* (s. 311–329). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Barbaro, B. de, Ostoja-Zawadzka, K., Cechnicki, A. (2005). *Możesz pomóc*. Kraków: Wydawnictwo UJ

Barbaro, M. de (1994). *Struktura rodziny*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowegorozumienia rodziny* (s. 45–58). Kraków: Collegium Medicum UJ.

Barczyński, M., Bogusz, J. (red.). (1993). *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Kraków: Fogra.

Barker, R. (1968). *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Stanford: Stanford University Press.

Barnhill, L. (1979). Healthy family systems. *The Family Coordinator*, *28*, 94–100.

Barni, D., Ranieri, S. (2007). Value transmission in the family: Do adolescents accept the values their parents want to transmit? *British Journal of Developmental Psychology*, *25*, 579–594.

Barondess, J.A. (1979). Disease and illness-A crucial distinction. *American Journal of Medicine*, *66*, 375–376.

Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244.

Bartholomew, K., Kwong, M.J., Hart, S.D. (2001). *Attachment*. W: W.J. Livesley (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (s. 196–230). New York–London: The Guilford Press.

Bartkowski, J.P., Xu, X. (2000). Distant patriarchs or expressive dads?: The discourse and practice of fathering in conservative Protestant families. *Sociological Quarterly*, *41*, 465–485.

Barton-Smoczyńska, I. (2006). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*. Łomianki: Wydawnictwo NAF.

Bartosz, B. (2004). *Ludzie chcą opowiedzieć swoją historię: Konstruowanie rzeczywistości w narracji (przez pryzmat doświadczeń autobiograficznych)*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.), *Narracja: Koncepcje i badania psychologiczne* (s. 227–240). Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex Marital Therapy*, *26*, 51–64.

Bateson, G. (1996). *Umysł i przyroda – jedność konieczna*. Warszawa: PIW.

Bateson, M.C. (1979). *„The epigenesis of conversatianal interaction": A personal account of research development*. W: M. Bullowa (red.), *Before Speech: The Beginning of Human Communication* (s. 63–77). Cambridge: Universitety Press.

Baum, N. (2006). „Separation guilt" in women, who initate divorce. *Clinical Social Work Journal*, *35*(1), 47–55.

Bauman, Z. (2006). *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, *75*(1), 43–88.

Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, *3*, 255–272.

Baumrind, D. (1980). New direction in socialization research. *American Psychologist*, *35*, 639–652.

Baumrind, D. (1993). *Parents and Children*. W: B. Yorburg (red.), *Family Relationships* (s. 287–308). New York: St.Martin's Press.

Baxter, J., Haynes, M., Hewitt, B. (2010). Pathways into marriage: Cohabitation and the domestic division of labor. *Journal of Family Issuses*, *31*(11), 1507–1529.

Baxter, L.A. (1986). Gender differences in the heterosexual relationship rules embedded in break-up accounts. *Journal of Social and Personal Relationships*, *3*, 289–306.

Baxter, L.A., Clark, C.L. (1996). Perceptions of family communication patterns and the enactment of family rituals. *Western Journal of Communication*, *60*, 254–268.

Beavers, W.R. (1982). *Healthy, midrange, and severely dysfunctional families*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 45–66). New York: Guilford Press.

Beavers, W.R., Hampson, R.B. (2000). The Beavers system model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, *22*, 128–143.

Beck, A.T. (2000). *Miłość nie wystarcza*. Poznań: Media Rodzina.

Becker, P.E., Hofmeister, H. (2001). Work, family, and religious involvement for men and women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *40*, 707–722.

Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.

Bègue, L., Roché, S. (2005). Birth order and youth delinquent behaviour testing the differential parental control hypothesis in a French representative sample. *Psychology, Crime and Law*, *11*(1), 73–85.

Beisert, M. (1992). *Coping with divorce and its consequences among adult member of the family*. W: H. Sęk (red.), *Readings in Health and Preventive Psychology* (s. 109–121). Poznań: Wydawnictwo K. Domke.

Beisert, M. (1994). Strategie zmagania się z rozwodem i jego następstwami. *Problemy Rodziny*, *6*, 13–18.

Beisert, M. (1995). *Psychologiczna sytuacja kobiet rozwiedzionych*. W: J. Miluska, E. Pakszys (red.), *Humanistyka i płeć*. T. 1: *Studia kobiece z psychologii, filozofii i historii* (s. 51–68). Poznań: WN UAM.

Beisert, M. (2000). *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Beisert, M., Liberska, H., Matuszewska, M. (2001). *Od konfliktu do rozwodu*. W: H. Liberska, M. Matuszewska (red.), *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt* (s. 171–188). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Belanger, C., Laughrea, K., Lafontaine, M.F. (2001). The impact of anger on sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *10*(3–4), 91–99.

Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*, 81–95.

Belsky, J. (1979). Mother-father-infant interaction: A naturalistic obserwatianal study. *Developmental Psychology*, *15*, 601–607.

Belsky, J., Cassidy, J. (1994). *Attachment: Theory and evidence*. W: M. Rutter, D. Hay (red.), *Development Through Life* (s. 373–402). London: Blackwell Science.

Bem, S.L. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, *88*(4), 354–364.

Bengtson, V., Rosenthal, C., Burton, L. (1990). *Families and aging: Diversity and heterogeneity*. W: R. Binstock, L. George (red.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (s. 263–287). San Diego: Academic Press.

Bennet, L.W., Williams, O.J. (1999). *Men who batter.* W: R.L. Hampton (red.), *Family Violence* (s. 227–259). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bennett, N.G., Blanc, A.K., Bloom, D.E. (1988). Commitment and the modern union: Assessing the link between premarital cohabitation and subsequent marital stability. *American Sociological Review*, *53*(1), 127–138.

Benson, P., Roehlkepartain, E., Rude, S. (2003). Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science, 7*, 205–213.

Berger, K.S. (2003). *The Developing Person Through Childhood and Adolescence* (wyd. 6). New York: Worth Publishers.

Berger, P., Luckmann, T. (1983). *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW.

Berkowitz, L. (1962). *Roots of Aggression*. New York: Atherton Press.

Berne, E. (2012). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich.* Warszawa: WN PWN.

Bernstein, B. (1980). *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: uwagi dotyczące podatności na oddziaływania szkół*. W: G. Shugar, M. Smoczyńska, *Badania nad rozwojem języka dziecka* (s. 557–596). Warszawa: PWN.

Berry, J.W. (1976). *Human Ecology and Cognitive Style: Comparative Studies in Cultural and Psychological Adaptation*. New York: Sage.

Bertalanffy, L. von (1975). *Perspectives on General Systems Theory: Scientific-Philosophical Studies*. New York: George Braziller.

Bertalanffy, L. von (1984). *Ogólna teoria systemów*. Warszawa: PWN.

Bettelheim, B. (1996). *Cudowne i pożyteczne: O znaczeniach i wartościach baśni*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co, Wydawnictwo W.A.B.

Beyers, J.M., Loeber, R., Wikström, P.-O.H., Stouthamer-Loeber, M. (2001). What predicts adolescent violence in better-off neighbourhoods? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*(5), 369–381.

Będkowska-Heine, V. (2003). Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego. W: S. Michilewicz (red.), *Wybrane zagadnienia psychopatologii rozwoju dzieci i młodzieży* (s. 77–93). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Będkowska-Heine, V. (2007). *Wpływ przewlekłej choroby dziecka na funkcjonowanie w roli ojca*. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne* (s. 53–78). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J.K. (2007). *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Bidzan, M. (2010). *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Biedroń, M**. (2009).** Realizacja funkcji rodziny **w** kontekście globalnych przemian socjokulturowych. **W: A.** Ładyżyński (red**.),** Rodzina *we* współczesności **(s. 39–48).** Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.

Bielawska-Batorowicz, E. (1994). Artificial insemination by donor. An investigation of recipient couples' viewpoints. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 12*, 123–126.

Bielawska-Batorowicz, E. (2004). *Poland. Provision and guidelines for third party assisted conception*. W: E. Blyth, R. Landau (red.), *Third Party Assisted Conception across Cultures. Social, Legal and Ethical Perspectives* (s. 168–188). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: WN „Śląsk".

Bielawska-Batorowicz, E. (2008). *Rodzina w świetle rozwoju metod wspomagających prokreację*. W: L. Golińska, B. Dudek (red.), *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń* (s. 283–295). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Biernat, T. (2008). *Transformacja czy kryzys rodziny?* W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 279–289). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Binkiewicz, P. (2013). *Przyczyny i skala problemu niepłodności*. W: *Materiały konferencyjne NAproTECHNOLOGY*^{TM} *w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności* (s. 11–12). Góra Św. Anny.

Birch, A., Malim, T. (2002). *Psychologia rozwojowa w zarysie.* Warszawa: WN PWN.

Birnbaum, R., Weinberger, D.R. (2013). Functional neuroimaging and schizophrenia: A view towards effective connectivity modeling and polygenic risk. *Dialogues Clin Neuroscience*, *15*, 279–289.

Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Bjarnason, T., Bendtsen, P., Arnarsson, A.M., Borup, I., Iannotti, R.J., Lőfstedt, P., Haapasalo, I., Niclasen, B. (2012). Life satisfaction among children in different family structures: A comparative study of 36 western societies. *Children and Society, 26*, 51–62.

Blieszner, R. (1988). *Individal development and intimate relationships in middle and late adulthood*. W: R.M. Milardo (red.), *Familes and Social Networks* (s. 88–101). Newbury Park, CA: Sage.

Blyth, E., Landau, R. (red.). (2004). *Third Party Assisted Conception across Cultures. Social, Legal and Ethical Perspectives.* London: Jessica Kingsley Publishers.

Błażek, M. (2012). *Analiza przyczyn rozwodów na podstawie pozwów składanych w Sądzie Okręgowym Gdańsku w latach 2003–2012*. Nieopublikowane opracowanie do celów statystycznych.

Błażek, M., Kaźmierczak, M., Lewandowska-Walter, A., Pastwa-Wojciechowska, B. (2012). Funkcjonowanie kobiet i mężczyzn w sytuacji rozwodowej – analiza psychologiczna. *Polskie Forum Psychologiczne*, *17*(1), 62–78.

Błeszyńska, K. (2001). *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Błeszyński, J.J. (2005). *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

Bobkowicz-Lewartowska, L. (2013). *Wybrane uwarunkowania jakości życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa.* Warszawa: Difin.

Boeck, U. van den, D’Hooghe, T., Enzlin, P., Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, *25*, 1471–1480.

Bohanek, J., Fivush, R., Walker, E. (2005). Memories of positive and negative emotional events. *Applied Cognitive Psychology*, *19*, 51–66.

Bohomolec, E., Namysłowska, I., Szyszkowski, W. (1978). Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny. *Psychiatria Polska*, *1*, 493–498.

Bolton, R. (2002). *Bariery na drodze komunikacji*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów* (s. 174–186). Warszawa: WN PWN.

Boorse, C. (2004). *On the distinction between disease and illness*. W: A.L. Caplan, I.J. McCartney, D.A. Sisti (red.), *Health, Disease, and Illness. Concepts in Medicine* (s. 77–89). Washington: Georgetown University Press.

Booth, A., Johnson, D.R., Branaman, A., Sica, A. (1995). Belief and behavior: Does religion matter in today’s marriage? *Journal of Marriage and the Family*, *57*, 661–671.

Borland, D. (1982). A cohort analysis approach to the empty-nest syndrome among three ethnic groups of woman: A theoretical position. *Journal of Marriage and the Family*, *44*(1), 117–129.

Borowicz, R. (2002). *Socjalizacja*. W: Z. Bokszański i in. (red.), *Encyklopedia socjologii* (t. 4, s. 42–46). Warszawa: Oficyna Naukowa.

Borzyszkowska, H. (2002). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku społecznym*. W: D. Lotz, K. Wenty (red.), *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych* (s. 56–60). Szczecin: Agencja Wydawnicza Kwadra.

Bos, H., Balen, F. van (2010). Children of the new reproductive technologies: social and genetic parenthood. *Patient Education and Counseling*, *81*, 429–435.

Boski, P. (2009). *Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej*. Warszawa: WN PWN.

Boski, P., Hurme, H., Vijver, F. van de, Miluska, J. (1999). *Skrypty kulturowe zachowań w rolach płciowych: Jak interakcje Polaków i Polek są odbierane w kraju i za granica?* W: J. Miluska, P. Boski (red.), *Męskość – kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Boss, P. (1980). Normative family stress: Family boundary changes across the lifespan. *Family Relations*, *29*, 445–450.

Bossard, J., Boll, E. (1950). *Ritual in Family Living*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy: Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner/Mazel.

Boszormenyi-Nagy, I., Krasner, B.R. (1986). Trust-based therapy: A contextual approach. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 767–775.

Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy.* New York: Harper and Row.

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.

Bowen Center. www.thebowencenter.org/pages/publications.html (dostęp: 20.07.2013).

Bowlby, J. (1973a). *Attachment and Loss.* T. 1: *Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973b). *Attachment and Loss*. T. 2: *Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1978). *Wypowiedź druga*. W: R. Zazzo (red.), *Przywiązanie* (s. 142–155). Warszawa: PWN.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss.* T. 3: *Loss, Sadness and Depression.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. ([1969] 2007). *Przywiązanie.* Warszawa: WN PWN.

Bowles, S.V., Bernard, R.S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R., Perez, T., Koopman, C. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *The Journal of Family Practice*, *55*, 969–973.

Boyd, R. (1969). *The valued grandparent: a changing social role*. W: D.W. Donahue, J.L. Kornbluk, L. Powers (red.), *Living in a Multigenerational Family* (s. 90–106). Ann Arbor, MI: Institute of Gerontology University of Michigan.

Bradbury, T.N., Fincham, F.D. (1990). Attribution in marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin*, *107*, 3–33.

Bradshaw, J. (1998). *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Warszawa: IPZiT PTP.

Brajer, L. (2002). *Procesy komunikacji interpersonalnej w rodzinach z dziećmi w pierwszej fazie okresu dorastania.* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UAM, Poznań.

Bramanti, D., Rosnati, R. (1988). *II patto adottivo: I'adozione internazionale di fronte alla sfida dell'adolescenza*. Milano: F. Angeli.

Bramlett, M.D., Mosher, W.D. (2002). Cohabitation, marriage, divorce and remarriage in the United States. National Center for Health Statistics. *Vitaland Health Statistics*, *23*, 13–37.

Brand, E., Clingempeel, W.G. (1987). Interdependencies of marital and stepparent-stepchild relationships and children's psychological adjustment: Research findings and clinical implications. *Family Relations*, *36*, 140–145.

Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni?* Gdańsk: GWP.

Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Braun-Gałkowska, M. (1990). *Psychologia domowa*. Lublin: Warmińskie Wydawnictwo. Diecezjalne.

Braun-Gałkowska, M. (1991). *Metody badania systemu rodzinnego*. Lublin: Katedra Psychologii Wychowawczej KUL.

Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa.* Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Braun-Gałkowska, M. (2008). *Psychologia domowa*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Braver, S.L., Shapiro, J.R., Goodman, M.R. (2006). *Consequences of divorce for parents*. W: M.A. Fine, J.H. Harvey (red.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (s. 313–337). New York–London: Routledge.

Bray, J.H. (1988). *Children's development during early remarriage*. W: E.M. Hetherington, J. Arasteh (red.), *The Impact of Divorce, Single-Parenting and Step-Parenting on Children* (s. 279–298). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bray, J.H. (1999). *From marriage to remarriage and beyond: Findings from the developmental issues in Stepfamilies Research Project*. W: E.M. Hetherington (red.), *Coping with Divorce, Single-Parenting and Remarriage: A Risk and Resiliency Perspective* (s. 253–271). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bray, J.H., Berger, S.H. (1993). Developmental issues in stepfamilies research project: Family relationships and parent-child interactions. *Journal of Family Psychology*, *7*, 76–90.

Bray, J.H., Easling, I. (2005). *Remarriage and stepfamilies*. W: W.M. Pinsof, J.L. Lebow (red.), *Family Psychology. The Art of Science* (s. 265–372). New York: Oxford University Press.

Bray, J.H., Kelly, J. (1998). *StepFamilies: Love, Marriage, and Parenting in the First Decade*. New York: Broadway Books.

Bray, J.H., Berger, S.H., Silverblatt, A.H., Hollier, A. (1987). *Family process and organization during early remarriage: A preliminary analysis*. W: J.P. Vincent (red.), *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory* (s. 253–280). Greenwhich, CT: JAI Press, Inc.

Brągiel, J. (1999). Skutki rozwodu rodziców – z perspektywy dorosłego życia. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *11*, 175–182.

Brągiel, J., Kurcz, A. (2003). *Sytuacja szkolna dzieci z rodzin zastępczych*. W: A. Kalus (red.), *W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej* (s. 7–20). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Breda, A.D. van (2001). *Resilience theory: A literature review*. Pretoria, South Africa: South African Military Health Service, www.vanbreda.org/adriain/resilience.htm (dostęp: 17.06.2013).

Brennan, K.A., Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 267–283.

Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). *Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview.* W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment Theory and Close Relationships* (s. 46–76). New York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, *28*, 759–775.

Bretherton, I., Page, T.F. (2004). Shared or conflicting working models? Relationships in post divorce families seen through the eyes of mothers and their preschool chi dren. *Developmental and Psychopathology*, *16*, 551–575.

Bręborowicz, G. (red.). (2003). *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth, 31*, 138–142.

Brody, G.H., Stoneman, Z., Flor, D. (1996). Parental religiosity, family processes, and youth competence in rural, two-parent, African-American families. *Developmental Psychology, 32*, 696–706.

Brody, G.H., Stoneman, Z., Flor, D., McCrary, C. (1994). Religion's role in organizing family relationships: Family process in rural, two-parent, African-American families. *Journal of Marriage and the Family*, *56*, 878–888.

Brodzinsky, D. (1987). Adjustment to adoption: A psychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, *7*, 25–47.

Brodzinsky, D. (1990). *A stress and coping model of adoption adjustment*. W: D.M. Brodzinsky, M.D. Schechter (red.), *The Psychology of Adoption* (s. 3–24). New York: Oxford University Press.

Broeck, U., van den, D'Hooghe, T., Enzlin, P., Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, *25*, 1471–1480.

Bronfenbrenner, U. (1976). Ekologia rozwoju człowieka: historia i perspektywy. *Psychologia Wychowawcza*, *19*(5), 537–549.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner U. (red.). (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Brook, J.S., Zhang, Ch., Balka, E.B., Brook, D.W. (2012). Pathways to children's externalizing behavior: A three-generation study. *Journal of Genetic Psychology*, *173*(2), 175–197.

Brown, S.L. (2003). Relationship quality dynamics of cohabiting unions. *Journal of Family Issues*, *24*, 583–601.

Brown, S.L. (2004). Family structure and child well-being: The significance of parental cohabitation. *Journal of Marriage and Family*, *66*, 351–367.

Brown, S.L., Booth, A. (1996). Cohabitation versus marriage: A comparison of relationship quality. *Journal of Marriage and the Family*, *58*(3), 668–678.

Bruner, J.S. (1990). *Acts of Meaning.* Cambridge–Massachusetts–London: Harvard University Press.

Brunner, H.G., Nelen, M., Breakefield, X.O., Ropers, H.H., Oost, B.A. van (1993). Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science*, *262*, 578–580.

Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: WN Scholar.

Brzezińska, A. (red.). (2005). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: GWP.

Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. W: D. Doliński, J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 95–292). Gdańsk: GWP.

Brzeziński, J.M., Cierpiałkowska, L. (2008). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańsk: GWP.

Brzozowski, P. (1988). *Postawy wychowawcze rodziców a agresywność dzieci.* W: K. Pospiszyl (red.), *Z badań nad postawami rodzicielskimi* (s. 132–158). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Buczyński, F.L. (1999). Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Budziszewska, M. (2007). Tryb opowiadania dorastającej młodzieży o swoich rodzicach i jego uwarunkowania. *Psychologia Rozwojowa*, *12*, 77–91.

Budziszewska, M., Dryll, E. (2013). Narratives about relationships with parents from the perspective of middle-aged and older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, *30*(3), 217–236.

Budzyna-Dawidowski, P. (1994). *Komunikacja w rodzinie*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 56–68). Kraków: Collegium Medicum UJ.

Bukalski, S. (2012). *Jakość związku narzeczeńskiego i małżeńskiego. Badania podłużne w perspektywie teorii przywiązania.* W: S. Bukalski (red.), *Teoria przywiązania i jakość więzi. Analizy empiryczne* (s. 193–233). Szczecin: Volumina.

Bukalski, S. (2013). *Style przywiązaniowe nupturientów oraz inne czynniki psychologiczne jako predyktory jakości narzeczeństwa.* Szczecin: Volumina.

Burgess, R.L., Conger, R.D. (1978). Family interaction in abusive, neglectful, and normal families. *Child Development*, *49*, 1163–1173.

Burke, P., Montgomery, S. (2000). Siblings of children with disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *3*, 227–236.

Burr, W.R. (1973). *Theory Construction and the Sociology of the Family*. New York: Wiley.

Burt, S.A., Barnes, A.R., McGue, M., Iacono, W.G. (2008). Parental divorce and adolescent delinquency: Ruling out the impact of common genes. *Developmental Psychology*, *44*(6), 1668–1677.

Burtan, N. (2012). *Style wychowania w rodzinie w kontekście teorii przywiązania Johna Bowlby'ego.* W: S. Bukalski (red.), *Teoria przywiązania i jakość więzi. Analizy empiryczne* (s. 37–61). Szczecin: Volumina.

Buss, D. (2001). *Psychologia ewolucyjna. Jak wytłumaczyć społeczne zachowania człowieka? Najnowsze koncepcje*. Gdańsk: GWP.

Buss, D. (2003). *Ewolucja pożądania*. Gdańsk: GWP

Buss, D. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, *39*(3), 502–512.

Button, D.M., Gealt, R. (2010). High risk behaviors among victims off sibling violence. *Journal of Family Violence*, *25*, 131–140.

Byng-Hall, J. (1980). Symptom bearer as marital distance regulator. Clinical implications. *Family Process*, *19*, 355–365.

Caffaro, J.V., Conn-Caffaro, A. (1998). *Sibling Abuse Trauma: Assessment and Intervention Strategies for Children, Families, and Adults.* New York: Haworth Press.

Caffaro, J.V., Conn-Caffaro, A. (2005). Treating sibling abuse familie. *Aggression and Violent Behavior*, *10*, 604–623.

Cairns, R.B., Cairns, B.D., Xie, H., Leung, M.-C., Hearne, S. (1998). Paths across generations: Academic competence and aggressive behaviors in young mothers and their children. *Developmental Psychology*, *34*(6), 1162–1174.

Caitriona, L. (2011). Narratives of „Innocent Irish Childhoods": Return migration and intergenerational family dynamics. *Journal of Ethnic & Migration Studies*, *37*(8), 1253–1271.

Cameron, H., Pallant, E., Watchorn, H. (2005). Proffessional identity, regulation and formation – A review of values in professional practice: Lessons for health, social care and other professionals. *Contact: The Interdisciplinary Journal of pastoral Studies*, *145*, 33–41.

Campbell, M.A., Porter, S., Santor, D. (2004). Psychopathic traits in adolescent offenders: An evaluation of criminal history, clinical, and psychosocial correlates. *Behavioral Sciences and the Law*, *22*, 23–47.

Campbell, O., Cleland, J., Collumbien, M., Southwick, K. (1999). *Social Science Methods for Research on Reproductive Health.* Geneva: WHO.

Campbell, T., Bray, J.H., Scholey, S. (1996). *The family influence on health.* W: R.E. Rakel (red.), *Essential of Family Practice.* Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Capaldi, D., Patterson, G. (1991). Relation of parental transition to boys' adjustment problems. *Developmental Psychology*, *27*, 489–504.

Carr, A. (2009). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.

Carrere, S., Buehlman, K.T., Gottman, J.M., Coan, J.A., Ruckstuhl, L. (2000). Predicting marital stability and divorce in newly wed couples. *Journal of Family Psychology*, *14*, 42–58.

Carson, C., Kurinczuk, J.J., Sacker, A., Kelly, Y., Klemetti, R., Redshaw, M., Quigley, M.A. (2010). Cognitive development following ART: Effect of choice of comparison group, confounding and mediating factors. *Human Reproduction*, *25*, 244–252.

Carter, B., McGoldrick, M. (1999). The changing family life cycle: A framework for family therapy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 228–249.

Carter, N. (1997). Solve of dual-career challenge. *Workforce*, *2*, 21–22.

Cartwright, C. (2010). An exploratory investigation of parenting practices in stepfamilies. *New Zealand Journal of Psychology*, *39*(1), 57–64.

Carver, C., Scheier, M. (2000). *Perspectives of Personality*. Boston: Allyn and Bacon.

Casey, P., Jadva, V., Blake, L., Golombok, S. (2013). Families created by donor insemination: Father-child relationships at age 7. *Journal of Marriage and Family*, *75*,

858–870.
Cashmore, J.A., Goodnow, J.J. (1985). Agreement between generations: A two–process approach. *Child Development*, *56*(2), 493–501.
Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill J., Martin, J., Craig I.W., Taylor, A., Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, *297*, 851–854.
Caspi, J. (2013). Building a Sibling Aggression Treatment Model: Design and development research in acti. *Health & Social Work*, *1*(38), 53–57.
Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2–3), 228–249.
Cassidy, J., Shaver, P.R. (red.). (2010). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (wyd. 2). New York: Guilford Press.
Cazeneuve, J. (1971). *Sociologie du rite.* Paris: PUF.
Cempel, C. (2006). *Teoria i inżynieria systemów: zasady i zastosowania myślenia systemowego*. Radom: Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB.
Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Cordova, F.P., Fleck, M.P., Knauth, D., Passos, E. (2010). Psychological distress as the predictor of quality of life in men experiencing infertility: A cross-sectional survey. *Reproductive Health*, *7*(3).
Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, *24*, 2151–2157.
Chao, R. (1996). Chinese and American mothers' beliefs about the role of parenting in children's school success. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *27*, 403–423.
Chapman, R.P. (2002). Parenting characteristics in predicting adolescent smoking and drinking expectancies and intentions. *Dissertation Abstracts International*, *62*, 5986B.
Chądzyńska, M. (1997). *Metoda badania etosu rodzinnego poprzez analizę semantyczną autonarracji*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
Chądzyńska, M. (2011). *Wzorce aktywności w narracjach rodzinnych: Krystalizacja i przekaz międzypokoleniowy*. Nieopublikowana praca doktorska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
Chądzyńska, M., Dryll, E. (2004a). Etos rodzinny – wspólnota znaczeń wyrażająca się w strukturze autonarracji ojców matek i ich dzieci. *Studia Psychologiczne*, *2*, 17–26.
Chądzyńska, M., Dryll, E. (2004b). Etos rodzinny – analiza pól semantycznych słów kluczowych w auronarracjach ojców matek i ich dzieci. *Studia Psychologiczne*, *3*, 27–42.
Chechliński, W. (1981). *Kohabitacja – nowe zjawisko życia rodzinnego*. W: M. Ziemska, A. Kwak (red.), *Funkcjonowanie rodziny a problemy profilaktyki społecznej i resocjalizacji* (s. 27–35). Warszawa: Wydawnictwa UW.
Cherlin, A.J., Chase-Landsdale, P.L., MacRae, C. (1998). Effects of parental divorce on mental health throughout the life course. *American Sociological Review*, *63*, 239–249.
Chinese Cultural Connection (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *18*, 143–164.

Chistolini, M. (2006). *Scuola e adozione: linee guida e strumenti per operatori, insegnanti, genitori*. Milano: FrancoAndeli.

Chodkowska, M. (1995). *Mieć dziecko z porażeniem mózgowym. Pamiętniki matek.* Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz szansę".

Chojnacka, A. (2006). Poczucie autodeterminacji i style przywiązana a procesy adaptacji psychicznej. *Psychologia Jakości Życia*, *1*, 63–82.

Chopik, W.J., Edelstein, R.S., Fraley, R.C. (2013). From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality*, *81*, 171–183.

Christian, A. (2005). Contesting the myth of the „Wicked Stepmother": Narrative analysis of an online stepfamily suport group. *Western Journal of Communication*, *69*(1), 27–47.

Chrząstowski, S., Barbaro, B. de (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Ciabattari, T. (2004). Cohabitation and housework: The effects of marital intentions. *Journal of Marriage and the Family*, *66*, 118–126.

Cichocka, M. (2006). *Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych*. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 213–249). Warszawa: WN PWN.

Cichomski, B., Morawski, P., Zawadzki, W., Boski, P. (1999). *Konserwatyzm – liberalizm w społecznej ideologii ról kobiet*. W: J. Miluska, P. Boski (red.), *Męskość – kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Cicirelli, V.G. (1980). *Sibling influence in adulthood: a life span perspective*. W: L.W. Poon (red.), *Aging in the 1980s* (s. 455–462). Washington, DC: American Psychological Association.

Cicirelli, V.G. (1985). *Sibling relationships throughout the life cycle*. W: L. L'Abate (red.), *The Handbook of Family Psychology and Therapy* (t. 1, s. 177–214). Homewood IL.: Dorsey Press.

Cicirelli, V.G., Nussbaum, J.F. (1989). *Relationships with siblings in later life*. W: J.F. Nussbaum (red.), *Life-Span Communication: Normative Processes* (s. 283–299). New Jersey: Hillsdale.

Cierpka, A. (2000). *Wybrane aspekty etosu rodzinnego a specyfika funkcjonowania rodziny*. Nieopublikowana praca doktorska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Cierpka, A. (2002). *Tożsamość jednostki wśród rodzinnych narracji*. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 9–17). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Cierpka, A. (2003). *Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny*. W: A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej* (s. 107–129). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Cierpka, A. (2004). *Narracje rodzinne w procesie kształtowania się tożsamości człowieka*. W: A. Cierpka, E. Dryll (red.), *Narracja koncepcje i badania psychologiczne* (s. 117–132). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Cierpka, A. (2006). Osoba ojca a narracje rodzinne. *Psychologia Jakości Życia*, *2*(5), 237–255.

Cierpka, A. (2011). *Rodzina w percepcji rodzeństwa osób z niepełnosprawnością*. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 235–256). Warszawa: Difin.

Ciołek, T.M., Olędzki J., Zadrożyńska, A. (1976). *Wyrzeczysko: O świętowaniu w Polsce*. Warszawa: LSW.

Clarke-Stewart, K.A., Vandell, D.L., McCartney, K., Owen, M.T., Booth, C. (2000). Effects of parental separation and divorce on very young children. *Journal of Family Psychology*, *14*, 304–326.

Clingempeel, W.G., Segal, S. (1986). Stepparent-stepchild relationships and the psychological adjustment of children in stepmother and stepfather families. *Child Development*, *57*, 474–484.

Cobb, N.P., Larson, J.H.,Watson, W.L. (2003). Development of the attitudes about romance and Mate Selection Scale. *Family Relations*, *52*(3), 222–232.

Cochran, J.K., Beeghley, L. (1991). The influence of religion on attitudes toward nonmarital sexuality: Apreliminary assessment of reference group theory. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *30*, 45–62.

Cochrane, R. (1988). *Marriage, separation and divorce*. W: S. Fisher, R. James (red.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (s. 137–160). Oxford, England: Wiley.

Cohan, C.L., Kleinbaum, S. (2002). Toward a greater understanding of the cohabitation effect: Premarital cohabitation and marital communication. *Journal of Marriage and Family*, *64*(1), 180–192.

Cohen, O., Finzi-Dottan, R. (2005). Parent-child relationships during the divorce process: from attachment theory and intergenerational perspective. *Contemporary Family Therapy*, *27*(1), 81–99.

Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S., Hartmark, C. (1998). Behavior patterns of young children and their offspring: A two-generation study. *Developmental Psychology*, *34*, 1202–1208.

Coie, J.D., Dodge, K.A. (1998). *Aggression and antisocial behavior*. W: W. Damon (red. serii), N. Eisenberg (red. t. 3), *Handbook of Child Psychology*. T. 3: *Social, Emotional, and Personality Development* (wyd. 5, s. 779–862). New York: Wiley.

Coleman, M., Ganong, L. (1985). Remarriage myths: Implication for helping professions. *Journal of Counseling and Development*, *64*, 116–120.

Coleman, M., Ganong, L., Fine, M. (2000). Reinvestigating remarriage: Another decade of progress. *Journal of Marriage and the Family*, *60*, 1288–1307.

Collins, N.L., Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *4*, 644–663.

Collins, W.E., Newman, B.M., McKenry, P.C. (1995). Intrapsychic and interpersonal factors related to adolescent psychological wellbeing in stepmother and stepfather families. *Journal of Family Psychology*, *9*(4), 433–445.

Conger, R.D., Chao, W. (1996). *Adolescent depressed mood*. W: R. Simons (red.), *Understanding Differences between Divorced and Intact Families* (s. 157–175).

London–New Delhi–Thousand Oaks: Sage.
Conger, R.D., Belsky, J., Capaldi, D.M. (2009). The intergenerational transmission of parenting: Closing comments for the special section. *Developmental Psychology*, *45*(5), 1276–1283.
Conger, R.D., Conger, K.J., Elder, G.H., Jr., Lorenz, F.O., Simons, R.L., Whitbeck, L.B. (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls. *Developmental Psychology*, 29, 206–219.
Conger, R.D., Neppl, T., Kim, K.J., Scaramella, L. (2003). Angry and aggressive behavior across three generations: A prospective longitudinal study of parents and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 143–160.
Conway, K., Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *The British Journal of Medical Psychology, 73*, 531–545.
Cooper, C., Bebbington, P.E. (2008). Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 national psychiatric. *Psychological Medicine*, *38*(3), 335–342.
Copeland, D.B., Harbaugh, B.L. (2010). Psychosocial differences related to parenting infants among single and married mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *33*, 129–148.
Côté-Arsenault, D. (2003). Weaving babies lost in pregnancy into the fabric of the family. *Journal of Family Nursing*, *9*, 23–37.
Covey, S.R. (2003), *7 [siedem] nawyków skutecznego działania.* Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
Craig, G.J. (1996). *Human Development*. New Jersey: Prentice Hall.
Crane, D.R., Soderquist, J.N., Gardner, M.D. (1995). Gender differences in cognitive and behavioral steps toward divorce. *The American Journal of Family Therapy*, *23*(2), 99–105.
Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M., Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*, 1269–1277.
Crosbie-Burnett, M. (1984). The centrality of the steprelationship: A challenge to family theory and practice. *Family Relations*, *33*, 459–463.
Crosbie-Burnett, M. (1989). Application of family stress theory to remarriage: A model for assessing and helping stepfamilies. *Family Relations, 38*, 323–331.
Crosbie-Burnett, M. (1991). Impact of joint versus sole custody and quality of coparental relationship on adjustment of adolescents in remarried families. *Behavioral Sciences & the Law*, *9*, 439–449.
Crosbie-Burnett, M., Giles-Sims, J. (1991). Marital power in stepfather families: A test of normative-resource theory. *Journal of Family Psychology*, *4*(4), 484–496.
Cross-Barnet, C., Cherlin, A., Burton, L. (2011). Bound by children: Intermittent cohabitation and living together apart. *Family Relations, 60*, 633–647.
Crowe, R.R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, *31*, 785–791.

Crowell, J.A., Fraley, R.C., Shaver, P.R. (2008). *Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment*. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 599–634). New York–London: The Guilford Press.

Crowell, J.A., Treboux, D., Waters, E. (2002). Stability of attachment representation: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, *4*, 467–479.

Cuber, J. (1975). *Sex in five types of marriage*. W: L. Gross, *Sexual Issues in Marriage* (s. 167–191). New York: Spectrum Publications.

Cudak, H. (1999). *Od rodziny pochodzenia do rodziny prokreacji*. Łowicz: Wydawnictwo MWSH-P.

Cudak, H. (2004). *Funkcjonowanie dzieci z małżeństw rozwiedzionych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Cumming, G.P., Klein, S., Bolsover, D., Lee, A.J., Alexander, D.A., Maclean, M., Jurgens, J.D. (2007). The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *114*, 1138–1145.

Cummings, E.M., Zahn-Waxler, C. (1993). *Emocje i socjalizacja agresji: gniewne zachowanie się dorosłych a pobudzenie i agresja dzieci*. W: A. Frączek, H. Zumkley (red.), *Socjalizacja a agresja* (s. 75–103). Warszawa: Wydawnictwo WSP.

Cunningham, C.C. (1992). *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*. Warszawa: WSiP.

Cunningham, C.C., Morgan, P.A., McGucken, R.B. (1984). Down syndrome: Is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Developmental Medicine and Child Neurology*, *26*, 33–39.

Curtis, K.T., Ellison, C.G. (2002). Religious heterogamy and marital conflict: Findings from the national survey of families and households. *Journal of Family Issues*, *23*, 551–576.

Curtis, P., Stapleton, H., James, A. (2011). Intergenerational relations and the family food enviroment in families with a child obesity. *Annals of Human Body*, *38*, 429–437.

Cylkowska, M. (2009). *Postawa rodzicielska ojca a kompetencje strategiczne dziecka*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Magdaleny Błażek, Wydział Zamiejscowy SWPS, Sopot.

Czabała, J.C. (1992). *Rodzina jako system realizujący cele*. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 9–16). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Czabała, J.C. (1994). *Ten, który odszedł*. W: A. Pohorecka (red.), *Rozwód. Czy się rozwodzić? Jak się rozwodzić? Co po rozwodzie?* (s. 44–61). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Czapiński, J. (1993). *Polski generalny sondaż dobrostanu psychicznego: Badania panelowe 1991 i 1992*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Czapiński, J. (2005). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: WN PWN.

Czerederecka, A. (2010). *Rozwód a rywalizacja o opiekę nad dziećmi*. Warszawa: LexisNexis.

Czerederecka, A., Jaśkiewicz-Obydzińska, T. (1996). *The factors neutralising Development disorders in children from broken families*. W: G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMuran, C. Wilson (red.), *Psychology, Law, and Criminal Justice* (s. 240–247). Berlin: Walter de Gruyter.

Czerwińska-Jasiewicz, M. (1997). *Decyzje młodzieży dotyczące własnej przyszłości (uwarunkowania psychospołeczne)*. Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.

Ćwiek, E. (1998). *Tradycje i rytuały życia rodzinnego a poczucie więzi dorastającego dziecka z rodziną*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

D'Andrea, A. (2010). *Czas oczekiwania. Jak przeżywają oczekiwanie na adopcję: dziecko, para małżeńska, profesjonaliści?* Poznań: WNWSPiA.

Dajczer, T. (1979). Religijny charakter inicjacji plemiennej. *Studia Theologica Varsaviensa*, *1*, 143–171.

Dajczer, T. (1984). *Inicjacje i ich wymiar kosmiczny u ludów Kalifornii*. Warszawa: ATK.

Daly, M., Wilson, M.I. (1994). Some differential attributes of lethal assaults on small children by stepfathers versus genetic fathers. *Ethology & Sociobiology*, *15*, 207–217.

Daniels, K. (2005). Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking about family. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *26*, 265–270.

Darling, N., Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*, 487–496.

Dattilio, F.M. (2013). *Terapia poznawczo-behawioralna par i rodzin. Podręcznik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Davies, J.B. (1982). *The transmission of alcohol problems in the family*. W: J. Orford, J. Harwin (red.), *Alkohol and the Family* (s. 73–87). London: Croom Helm.

Davitz, J.R. (1958). Contribution of research with children to a theory of maladjustment. *Child Development*, *29*, 3–7.

Dean, G., Gurak, D. (1978). Marital homogamy the second time around. *Journal of Marriage and the Family*, *40*, 559–570.

Deissler, K.G. (1998). *Terapia systemowa jako dialog*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Deklyen, M., Brooks-Gunn, J., McLanahan, S., Knab, J. (2006). The mental health of married, cohabiting, an non-coresident parents with infants. *American Journal of Public Health*, *96*(10), 1836–1841.

Delacato, C.H. (1995). *Dziwne, niepojęte autystyczne dziecko.* Warszawa: Fundacja „Synapsis".

Demo, D.H., Acock, A.C. (1988). The impact of divorce on children. *Journal of Marriage and the Family*, *50*, 619–648.

Demuth, S., Brown, S.L. (2004). Family structure, family processes, and adolescent delinquency: The Significance of parental absence versus parental gender. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *41*, 58–81.

Dennis, T.A., Cole, P.M., Zahn-Waxler, C., Mizuta, I. (2002). Self in context: Autonomy and relatedness in Japanese and US mother-preschooler dyads. *Child Development*, *73*, 1803–1817.

Deutsch, F. (1999). *Halving it All: How Equally Shared Parenting Works*. Cambridge: Harvard University Press.

Deutsch, M. (1994). Constructive conflicts resolution: Principles, training and research. *Journal Social Issues*, *50*, 13–32.

Devine, D., Forehand, R. (1996). Cascading toward divorce: The roles of marital and child factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 424–427.

De Wolff, M.S., IJzendoorn, M.H. van (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecendents of infant attachment. *Child Development*, *68*, 571–591.

Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S., Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry: Interpersonal Biological Processes*, *67*(1), 63–80.

Dillon, S., Benson, M.C. (2004). *Kobieta i poczucie własnej wartości*. Gdańsk: GWP.

Dishion, T.J., Nelson, S.E., Kavanagh, K.A. (2003). The family-check up with high-risk adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy*, *34*, 553–571.

Doliński, A. (2004). *Zachowania młodzieży w sytuacjach społecznych jako transmisja wzorów rodzinnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Dollahite, D.C., Marks, L.D., Goodman, M.A. (2004). Families and religious beliefs, practices, and communities: Linkages in a diverse and dynamic cultural context. W: M.J. Coleman, L.H. Ganong (red.), *The Handbook of Contemporary Families: Considering the Past, Contemplating the Future* (s. 411–431). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dollahite, D.C., Marks, L.D., Olson, M.M. (1998). Faithful fathering in trying times: Religious beliefs and practices of Latter Day Saint fathers of children with special needs. *Journal of Men's Studies*, *7*, 71–93.

Dollahite, D.C., Marks, L.D., Olson, M.M. (2002). Fathering, faith, and family therapy: Generative narrative therapy with religious fathers. *Journal of Family Psychotherapy*, *13*, 263–294.

Domachowski, W. (1991). *Interakcyjny model funkcjonowania społecznego*. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 99–158). Warszawa: PWN.

Dominiak-Kochanek, M., Frączek, A., Konopka, K. (2013). Styl wychowania w rodzinie a aprobata agresji w życiu społecznym przez młodych dorosłych. *Psychologia Wychowawcza*, *1–2*, 66–86.

Donahue, M., Benson, P.L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, *51*, 145–160.

Donatelli, J., Bybee, J., Buka, S. (2007). What do mothers make adolescents feel guilty about? *Journal of Child and Family Studies*, *16*, 859–876.

Downey, D.B., Condron, D.J. (2004). Playing well with others in kindergarten: The benefit of siblings at home. *Journal of Marriage & the Family*, *66*, 333–350.

Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E. (1999). *Attachment and psychopathology in adulthood*. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 497–519). New York–London: The Guilford Press.

Drat-Ruszczak, K., Zubrzycka, E. (1994). Problem granic w systemach rodzinnych a psychosomatyka i psychozy. *Psychoterapia*, *1*, 11–23.

Drew, L.A., Smith, P.K. (1999). The impact of parental separation/divorce on grandparent-grandchild relationships. *The International Journal of Aging and Human Development*, *48*, 191–216.

Drew, L.M., Silverstein, M. (2007). Grandparent's psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. *Journal of Family Psychology*, *21*(3), 372–379.

Droblik-Vorobei, T.A. (2005). What college students think about problems of marriage and having children. *Russian Education and Society*, *47*, 47–57.

Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 3335–3346.

Drosdzol, A., Piela, B., Zdun, D., Nowosielski, K., Klimanek, M., Skrzypulec, V. (2005). Seksualność młodych dorosłych województwa śląskiego. *Ginekologia Praktyczna*, *2*, 32–39.

Drożdżowicz, L. (1994). *Ogólna teoria systemów*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 9–17). Kraków: Collegium Medicum UJ.

Drożdżowicz, L. (2012). *Teoria przywiązania w praktyce terapii par*. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 246–267). Warszawa: WN Scholar.

Dryll, E. (1995). *Trudności wychowawcze: Analiza interakcji matka-dziecko w sytuacjach konfliktowych.* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.

Dryll, E. (2003a). *Interakcja wychowawcza w relacji matka–dziecko*. W: A. Jankowski (red.), *Z zagadnień psychologii wychowawczej* (s. 132–161). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Dryll, E. (2003b). Transmisja międzypokoleniowa etosu rodzinnego. *Psychologia Rozwojowa*, *1*, 59–67.

Dryll, E. (2004). *Homo narrans: Wprowadzenie*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.), *Narracja: Koncepcje i badania psychologiczne* (s. 7–20). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Dryll, E. (2010). *Wielkie i małe narracje w życiu człowieka*. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 163–182). Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Dryll, E. (2013). *Wrastanie w kulturę. Transmisja narracji w wychowaniu rodzinnym*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Dryll, E., Cierpka, A. (1996). Badanie treści etosu rodzinnego poprzez analizę narracji. *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, *4*(1), 33–52.

Dryll, E., Cierpka, A. (2011). *Zagadnienia teoretyczne nurtujące polską psychologię narracyjną: Wprowadzenie*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.), *Psychologia narracyjna:*

Tożsamość dialogowość pogranicza (s. 13–39). Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
Duch-Krzystoszek, D. (1998). *Małżeństwo, seks, prokreacja*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
Duck, S.W. (1982). *A topography of relationship disengagement and dissolution*. W: S. Duck (red.), *Personal Relationships*. T. 4: *Dissolving Personal Relationships* (s. 1–30). London: Academic Press.
Duck, S.W., Miell, D. (1986). *Charting the development of personal relationships*. W: R. Gilmour, S.W. Duck (red.), *The Emerging Field of Personal Relationships* (s. 133–143). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
Duckworth, A.L., Steen, T.A., Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 629–651.
Dudek, Z.W., Pankalla, A. (2005). *Psychologia kultury. Doświadczenia graniczne i transkulturowe*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
Dudgeon, M.R., Inhorn, M.C. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science & Medicine*, *59*, 1379–1395.
Dudziak, U. (2012). Polacy wobec rozwodów. Przyczyny i skutki rozpadu rodziny oraz wskazania profilaktyczne. *Studia Warmińskie*, *49*, 197–209.
Dunn, J., Cheng, H., O'Connor, T.G., Bridges, L. (2004). Children's perspectives on their relationships with their nonresident fathers: influences, outcomes and implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 553–566.
Dunn, J., Davies, L.C., O'Connor, T.G., Sturgess, W. (2001). Family lives and friendships: The perspectives of children in step-, single-parent, and nonstep families. *Journal of Family Psychology*, *15*, 272–287.
Durkheim, É. ([1912] 1990). *Elementarne formy życia religijnego. System totemiczny w Australii*. Warszawa: PWN.
Duvall, E.M. (1971). *Family Development* (wyd. 4). Philadelphia: Lippincott.
Duvall, E.M. (1977). *Marriage and Family Development*. Philadelphia: Lippincott.
Duvall, E.M., Miller, B. (1985). *Marriage and Family Development*. New York: Harper and Row.
Dyczewski, L. (1981). *Rodzina i kierunki jej przemian*. Warszawa: Ośrodek Dokumentacji Studiów Społecznych.
Dyczewski, L. (2003a). *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Dyczewski, L. (2003b). *Więzi między pokoleniami w rodzinie*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Dykcik, W. (2006). *Pedagogika specjalna*. Poznań: WN UAM.
Dziennik ustaw (1991) nr 120, poz. 526.
Dzierżanowska-Peszko, J. (2011). *Migracja zarobkowa małżonków a problemy małżeńskie – z punktu widzenia psychologa*. W: D. Krok, P. Ledwójtowicz, B. Balicka-Błagitka (red.), *Razem ale osobno* (s. 21–31). Opole: Diecezjalna Fundacja Ochrony Życia.
Dzierżanowski, J. (2010). *Psychospołeczna sytuacja dziecka w małżeństwach rozwodzących się*. W: D. Krok, P. Ledwójtowicz, *Rodzina w nurcie współczesnych*

przemian (s. 255–278). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.
Early, T., GlenMaye, L.F. (2000). Valuing families: social work practice with families from a strengths perspective. *Social Work*, *45*(2), 118–130.
Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., Johnson, J.G. (2003). Intergeneration transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 741–753.
Eibl-Eibelsfeldt, I. (1987). *Miłość i nienawiść*. Warszawa: PWN.
Elder, G.H. Jr. (1977). Family history and the life course. *Journal of the Family History*, *2*, 279–304.
Elder, G.H. Jr. (1992). Families under economic pressure. *Journal of the Family Issues*, *13*(1), 3–37.
Elder, G.H. Jr. (2001). Families, social change, and individual lives. *Marriage and Family Review*, *31*(1–2), 187–203.
Elder, G.H. Jr., Caspi, A., Downey, G. (1983). *Problem behavior and family relationships: Life course and intergenerational themes*. W: A.B. Sorensen, F. Weinert, L. Sherrod (red.), *Human Development: Multidisciplinary Perspectives* (s. 293–340). New York: Erlbaum.
Elder, G.H. Jr., Shanahan, M.J. (2006). *The life course and human development*. W: W. Damon, R.M. Lerner (red.), *Handbook of child psychology.* (t. 2, s. 569–664). Hoboken, NJ: Wiley.
Elgar, F.J., Waschbusch, D.A., McGrath, P.J., Stewart, S.H., Curtis, L.J. (2004). Temporal relations in daily-reported maternal mood and disruptive child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(3), 237–247.
Eliade, M. ([1957] 1996). *Sacrum i profanum. O istocie religijności*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
Eliade, M. ([1959] 1997). *Inicjacja, obrzędy, stowarzyszenia tajemne. Narodziny mistyczne.* Kraków: Znak.
Eliade, M. ([1963] 1998). *Aspekty mitu*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
Eliasz, A. (1993). *Psychologia ekologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Eliasz, H. (1980). O sposobach rozumienia pojęcia empatia. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 470–482.
Elkind, D. (1970). The origin of the religion in the child. *Review of Religious Research*, *12*, 35–42.
Elkind, D. (1995). *Ties that Stress: The New Family Imbalance*. Cambridge: Harvard University Press.
Ellis, L. (1988). The victimful–victimless crime distinction, and seven universal demographic correlates of victimful criminal behavior. *Personality and Individual Differences*, *3*, 525–548.
Ellison, C.G., Bartkowski, J.P., Anderson, K.L. (1999). Are there religious variations in domestic violence? *Journal of Family Issues*, *20*, 87–113.
Ellison, C.G., Bartkowski, J.P., Segal, M.L. (1996). Do conservative Protestants spank more often? Further evidence from the national survey of families and households.

Social Science Quarterly, *77*, 663–673.
Emery, R.E. (1999). *Marriage, Divorce, and Children's Adjustment*. Thousands Oaks, CA: Sage.
Emmons, R.A., Paloutzian, R.F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, *54*, 377–402.
Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku (2006). T. 5. Warszawa. Wydawnictwo Akademickie „Żak".
Epstein, N.B., Bishop, D.S., Baldwin, L.M. (1982). *McMaster model of family functioning: A view of the normal family*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes. Guildford Family Tharapy Series* (s. 115–141). New York: Giuldford Press.
Epstein, N.B., Bishop, D.S., Levin, S. (2007). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, *4*, 19–31.
Epstein, N.B., Bishop, D., Ryan, C., Miller, I., Keitner, G. (1993). *The McMaster model view of healthy family functioning*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes. Guildford Family Tharapy Series* (s. 138–160). New York–London: The Guilford Press.
Erikson, E.H. (I980). *Identity and the life cycle: a reissue.* New York: W.W. Norton.
Erikson, E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
Ermisch, J., Francesconi, M. (1998). *Cohabitation in Great Britain: Not for Long, but Here to Stay*. ISER, University of Essex.
Eskew, R.W. (1978). *An investigation of cohort. Differences in the marriage relationships of older couples.* Nieopublikowana praca doktorska, Purdue University, West Lafayette.
European Social Statistics (2013). Luxemburg: Publication Office of the European Union.
Eurostat (2013). http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_ndivind&lang=en (dostęp: 15.02.2014).
Fabricius, W.V., Luecken, L.J. (2007). Postdivorce living arrangements, parent conflict, and long-term physical health correlates for children of divorce. *Journal of Family Psychology*, *21*(2), 195–205.
Fagan, A.A. (2005). The relationship between adolescent physical abuse and criminal offending: Support for an enduring and generalized cycle of violence. *Journal of Family Violence*, *20*(5), 279–290.
Falkowska, E., Telusiewicz-Pack, A. (red.). (2013). *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystki.* Warszawa: Polski Komitet Narodowy UNICEF.
Farnicka, M. (2009). *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości.* Nieopublikowana praca doktorska przygotowana pod kierunkiem H. Liberskiej, IP UKW, Bydgoszcz.
Farnicka, M. (2011). *Przemiany realizacji zadań rozwojowych. Ewolucja czy rewolucja?* Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ.
Farnicka, M. (2013). *Między wyborem a przymusem. Radzenie sobie rodzin w wybranych sytuacjach życiowych*. Warszawa: Difin.

Farrington, D.P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*, 929–964.

Farrington, D.P. (2000). Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behavioral Sciences and the Law*, *18*, 605–622.

Farrington, D.P., Loeber, R. (1999). *Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency*. W: P. Cohen, C. Slomkowski, L.N. Robins (red.), *Historical and Geographical Influences on Psychopathology* (s. 299–329). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Farrington, D.P., Barnes, G.C., Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology*, *1*, 47–63.

Farrington, D.P., Lambert, S., West, D.J. (1998). Criminal careers of two generations of family members in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Studies on Crime and Crime Prevention*, *7*, 85–106.

Farrington, D.P., Coid, J.W., Harnett, L., Jolliffe, D., Soteriou, N., Richard Turner, R., West, D.J. (2006). *Criminal careers up to age 50 and life success up to age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. London: Home Office (Research Study, 299).

Feeney, J. (2006). *Studying close relationships. Methodological challenges and advances*. W: P. Noller, J. Feeney (red.), *Close Relationships. Functions, Forms, and Processes* (s. 49–63). New York: Psychology Press.

Feeney, J.A., Noller, P. (1990). Attachment styles as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *2*, 281–291.

Feigelman, W., Gormand, B.S., Varacalli, J.A. (1992). Americans who give up religion. *Sociology and Social Research*, *76*, 138–143.

Feinberg, M.E., Kan, M.L., Hetherington, E.M. (2007). Longitudinal study of coparenting conflict on adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 687–702.

Feiring, C., Lewis, M. (1987). The ecology of some middle class families at dinner. *International Journal of Behavioral Development*, *10*, 377–390.

Feldman, R., Greenbaum, C.W., Yrmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecendent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, *35*, 223–231.

Feldman, S.S., Rosenthal, D.A. (1990). The acculturation of autonomy expectations in Chinese high schoolers residing in two Western nations'. *International Journal of Psychology*, *25*, 259–281.

Feldman, S.S., Quatman, T. (1988). Factors influencing age expectations for adolescent autonomy: A study of early adolescents and parents. *Journal of Early Adolescence*, *4*, 325–343.

Feldman, S.S., Wood, D. (1994). Parents' expectations for preadolescent sons' behavioral autonomy: A longitudinal study of correlates and outcomes. *Journal of Research on Adolescence*, *1*, 45–70.

Fenstermaker, S. (1996). The dynamics of time use: Context and meaning. *Journal of Family and Economic Issues*, *17*, 231–243.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, *22*, 339–357.

Fergusson, D.M., Lynskey, M. (1993). Maternal age and cognitive and behavioral outcomes in middle childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *7*, 77–91.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Kershaw, K.L., Shannon, F.T. (1986). Factors associated with reports of wive assault in New Zealand. *Journal of Marriage and the Family*, *48*, 407–412.

Ferraretti, A.P., Goossens V., Kuppka, M., Bhatacharya, S., Mouzon, J. de, Castilla, J.B., Erb, K., Korsak, V., Noybe Andersen, A. (2013). Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated form European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, *28*, 2318–2331.

Ferri, E., Smith, K. (1998). *Step-Parenting in the 1990s*. London: FPSC/JRF.

Festinger, L. (2007). *Teoria dysonansu poznawczego*. Warszawa: WN PWN.

Fiese, B.H. (1992). Dimensions of family rituals across two generations: Relation to adolescent identity. *Family Process*, *31*, 151–162.

Fiese, B.H. (2006). *Family Routines and Rituals.* New Haven: Yale University Press.

Fiese, B.H., Kline, Ch.A. (1993). Development of the family ritual questionnaire: Initial reliability and validation studies. *Journal of Family Psychology*, *6*(3), 290–299.

Fiese, B.H., Tomcho, Th.J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, *16*(4), 381–390.

Filipiak, J. (2000). *Procesy społecznego uczenia się w kształtowaniu stylu komunikacji interpersonalnej w rodzinie.* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UAM, Poznań.

Fine, M.A., Coleman, M., Ganong, L.H. (1998). Consistency in Perceptions of the Step-Parent Role among Stepparents, Parents, and Stepchildren. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*, 811–829.

Fine, M.A., Kurdek, L.A. (1992). The adjustment of adolescents in stepfather and stepmother families. *Journal of Marriage and Family*, *54*, 725–736.

Fine, M.A., Moreland, J.R., Schwebel, A.I. (1983). Long-Term Effects of Divorce on Parent-Child Relationships. *Developmental Psychology*, *19*(5), 703–713.

Fingerman, K.L., VanderDrift, L.E., Dotterer, A., Birditt, K.S., Zarit, S. (2011). Support to grown children and aging parents in Black and White families. *The Gerontologist*, *54*, 441–452.

Fischaleck, F. (1990). *Uczciwa kłótnia małżeńska*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Fisher, J. (2009). *Infertility and assisted reproduction*. W: *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature* (s. 128–146). Geneva: WHO.

Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Freeman, T. (2000). A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*, 369–375.

Fivush, R., Bohanek, J., Duke, M. (2008). *The intergenerational self: Subjective perspective and family history*. W: F. Sani (red.), *Individual and Collective Self-*

Continuity (s. 131–144). Mahwah, NJ: Earlbaum.

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frren, J.F., Smith, G.C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H.D., Fretts, R., Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *377*, 1331–1340.

Fletcher, G., Simpson, J., Boyes, A. (2006). *Accuracy and bias in romantic relationships: An evolutionary and social psychological analysis*. W: M. Schaller, J. Simpson, D. Kenrick (red.), *Evolution and Social Psychology* (s. 189–210). New York: Psychology Press.

Florek, M. (2005). Rodzina wobec poszkodowanego w wypadku jej członka. *Dylematy Współczesnych Rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny*, *16*, 141–151. Poznań: WN UAM.

Foley, V.D. (1974). *An introduction to family therapy*. New York: Grune and Stratton.

Foster-Rosales, A., Stewart, F.H. (2002). *Contraceptive technology*. W: G.M. Wingood, R.J. DiClemente (red.), *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health* (s. 395–415). New York: Plenum Publishers.

Fowler, J. (1981). *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. New York: Harper and Row.

Fraley, R.Ch. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Psychology Review*, *6*, 123–151.

Fraley, R.Ch., Davis, K.E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, *4*, 131–144.

Fraley, R.Ch., Shaver, P.R. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1198–1212.

Fraley, R.Ch., Shaver, P.R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical dvelopments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, *4*, 132–154.

Fraley, R.Ch., Shaver, P.R. (2008). *Attachment theory and its place in contemporary personality research*. W: O. John, R.W. Robins, L.A. Pervin (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (wyd. 3, s. 518–541). New York: Guilford Press.

Fraley, R.Ch., Brumbaugh, C.C., Marks, M.J. (2005). The evolution and function of adult attachment: A comparative and phylogenetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 731–746.

Fraley, R.Ch., Davis, K.E., Shaver, P. (1998). *Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior*. W: J.A. Simpson, W.S. Rholes (red.), *Attachment Theory and Close Relationships* (s. 249–279). New York: Guilford Press.

Fraley, R.Ch., Roisman, G.I., Haltigan, J.D. (2013). The legacy of early experiences in development: Formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology*, *49*, 109–126.

Fraley, R.Ch., Vicary, A.M., Brumbaugh, C.C., Roisman, G.I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change.

Journal of Personality and Social Psychology, *101*, 974–992.
Fraley, R.Ch., Roisman, G.I., Booth-LaForce, C., Owen, M.T., Holland, A.S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: A longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*, 8817–8838.
Frances, S.J. (1979). Sex differences in nonverbal behavior. *Sex Roles*, *5*, 519–535.
Francis, L.J., Gibson, H.M. (1993). Parental influence and adolescent religiosity: A study of church attendance and attitude toward Christianity among adolescents 11 to 12 and 15 to 16 years old. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *3*, 241–253.
Franke, L. (1983). *Growing up Divorced.* New York: Linden Press, Simon & Schuster.
Franklin, K.M., Janoff-Bulman, R., Roberts, J.E. (1990). Long-term impact of parental divorce on optimism and trust: Changes in general assumptions or narrow beliefs? *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(4), 743–755.
Franz, C.E., White, K.M. (1985). Individuation and attachment in personality development: Extending Erikson's theory. *Journal of Personality*, *53*(2), 224–256.
Frączek, A., Kirwil, L. (1993). *Życie rodzinne a agresja dzieci: badania nad niektórymi warunkami socjalizacji sprzyjającymi rozwojowi agresji*. W: A. Frączek, H. Zumkley (red.), *Socjalizacja a agresja* (s. 173–191). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Frączek, A., Zumkley, H. (red.) (1993). *Socjalizacja a agresja.* Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
Freud, S. (1984). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: PWN.
Frydrychowicz, S. (1999). *Proces mówienia*. Poznań: WN UAM.
Frydrychowicz, S. (2003). *Komunikacja interpersonalna w rodzinie a rozwój dorosłych*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 101–122). Poznań: WN UAM.
Frydrychowicz, S. (2007). Komunikacja interpersonalna a rozwój człowieka w cyklu życia. *Psychologia Rozwojowa*, *12*(2), 9–15.
Furstenberg, F.F. (1987). The new extender family: The experience of parents and children after remarriage. *American Sociological Review*, *48*, 656–668.
Furstenberg, F.F., Cherlin, A.J. (1991). *Divided Families: What Happens to Children when Parents part*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Furstenberg, F.F. Jr., Morgan, S.P., Allison, P.D. (1987). Parental participation and children's well-being after marital dissolution. *American Sociological Review*, *52*, 695–701.
Fuszara, M. (1994). *Rodzina w sądzie*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
Gabbard, G.O. (2011). *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
Gaillard, T. (2003). *Transgenerational Phenomena: A Psychological Heritage*. Wykład z kursu Transgenerational Theory Geneve, www.lacan.com/transgen.htm (dostęp: 12.12.2007).
Gallup, G. Jr., Castelli, J. (1989). *The people's religion: American faith in the 90s.* New York: Macmillan.

Gałkowska, A. (2002). Zasięg oddziaływania jakości małżeństwa rodziców na dzieci w ich dorosłym życiu. *Małżeństwo i Rodzina*, *1*, 38–42.

Ganem, N.M., Agnew, R. (2007). Parenthood and adult criminal offending: The importance of relationship quality. *Journal of Criminal Justice*, *35*(6), 630–643.

Gannon, K., Glover, L., Abel, P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science and Medicine*, *59*, 1169–1175.

Ganong, L., Coleman, M., Fine, M. (1999). Stepparents' affinity seeking and affinity-maintaing strategies with stepchildren. *Journal of Family Issues*, *20*(3), 299–327.

Ganong, L., Coleman M., Hans, J. (2006). *Divorce as prelude to stepfamily living and the consequences of redivorce*. W: M.A. Fine, J.H. Harvey (red.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (s. 409–434). New Yersey: Erlbaum.

Gans, D., Silverstein, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, *68*, 961–976.

Gapik, L. (1985). *Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego*. W: K. Imieliński (red.), *Seksuologia: zarys encyklopedyczny*. Warszawa: PWN.

Gapik, L., Kosmala, J. (2004). Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. *Seksuologia Polska*, *2*, 25–29.

Garcia, S.B., Perez, A.M., Ortiz, A.A. (2000). Mexican American mothers' beliefs about disabilities: Implications for early childhood intervention. *Remedial and Special Education*, *21*, 90–100.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on womens' health and domestic violence. *Lancet*, *4*(368), 1260–1269.

Garczewska, I. (2002). *Wpływ treści religijnych na preferencje wartości dotyczących życia rodzinnego (katolicy i Świadkowie Jehowy)*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Gasiul, H. (2012). *Psychologia osobowości. Nurty, teorie, koncepcje*. Warszawa: Diffin.

Gath, A. (1985). Parental reactions to loss and disappointment: The diagnosis of Down's syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26, 500–508.

Ge, X., Natsuaki, M., Conger, R.D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, *18*(1), 253–273.

Geert, P. van (1990). The structure of family interaction. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *1*, 165–190.

Gendreau, J. (1998). *L'adolescence et ses "rites" de passage*. Paris: Desclée de Brouwer.

Genia, V. (1990). Religious development: A synthesis and reformulation. *Journal of religion and Health*, *2*, 85–99.

Gennep, A. van ([1909] 2006). *Obrzędy przejścia*. Warszawa: PIW.

Georgas, J. (1999). *Family in cross-cultural psychology*. W: J. Adamopoulos, Y. Kashima (red.), *Social Psychology and Cultural Context* (s. 163–175). London: Sage.

Georgas, J., Berry, J., Shaw, A., Kopoulou, S., Mylonas, K. (1996). Acculturation of Greek family values. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *3*, 329–338.

Georgas, J., Mylonas, K., Bafiti, T., Poortinga, Y., Christakopoulou, S., Kagitcibasi, C., Kwak, K., Ataca, B., Berry, J., Orung, S., Sunar., D., Charalambous, N., Goodwin, R., Wang, W., Angleitner, A., Stepanikova, I., Pick, S., Givaudan, M., Zhuravliova-Gionis, I., Konantambigi, R., Gelfand, M., Marianova, V., McBridge-Chang, C., Kodic, Y. (2001). Functional relationships in the nuclear and extended family: A 16-culture study. *International Journal of Psychology*, *36*(5), 289–300.

Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G. (2009). *Psychologia i życie*. Warszawa: WN PWN.

Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experience: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, *128*, 539–578.

Gershoff, E.T., Miller, P.C., Holden, G.W. (1999). Parenting influences from the pulpit: Religious affiliation as a determinant of corporal punishment. *Journal of Family Psychology*, *13*, 307–320.

Gębuś, D. (2010). *Mama, tata, dziecko? Przemiany ról małżeńskich i rodzicielskich we współczesnym świecie*. W: I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych* (s. 55–69). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Giddens, A. (2008). *Konsekwencje nowoczesności*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Ginsburg, G.P. (1986). *The structural analysis of primary relationship*. W: R. Gilmour, S. Duck (red.), *The Emerging Field of Personal Relationship* (s. 41–62). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Giza-Poleszczuk, A. (2005). *Rodzina a system społeczny. Reprodukcja i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*. Warszawa: Wydawnictwa UW.

Glick, P.C. (1977). Updating the life cycle of the family. *Journal of Marriage and the Family*, *39*, 5–13.

Glover, L., Gannon, K., Sherr, L., Abel, P.D. (1996). Distress in sub-fertile men: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *14*, 23–36.

Godlewski, J. (1987). Typologia zgwałceń. *Psychiatria Polska*, *21*(4), 296–301.

Godowska, M. (2012). *Style przywiązania u kobiet z syndromem DDA w związkach nieformalnych*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Plopy, Wydział Psychologii WSFiZ, Warszawa.

Goetting, A. (1986). The developmental tasks of siblingship over the life cycle. *Journal of Marriage and the Family*, *48*, 703–714.

Goettler, D., Walters, L.H. (2002). Adolescent satisfaction in family rituals and psychosocial development. *Journal of Family Psychology*, *4*, 406–414.

Gold, K.J., Dalton V.K., Schwenk, T.L., Hayward, R.A. (2007). What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. *General Hospital Psychiatry*, *29*, 207–213.

Gold, K.J., Sen, A., Hayward, R.A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, *5*, 125–202.

Goldberg, S. (2000). *Attachment and Development*. London: Arnold, a Member of the Hodder Headline Group.

Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Goldenson, R., Anderson, K. (1994). *Dictionary of Sex.* Hertfordshire: Wordsworth Editions Ltd.

Goldman, J.A. (1993). Explaining drug abuse through the intergenerational transmission of family functioning. Dissertations and Master's Theses (Campus Access). Paper AAI9421897, http://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI9421897.

Goldmann, R. (1964). *Religious thinking from childhood to adolescence*. London: Routledge and Kegan.

Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R. (1996). The European study of assisted reproduction families: Family functioning and child development. *Human Reproduction*, *11*, 101–110.

Golombok, S., Owen, L., Blake, L., Murray, C., Jadva, V. (2009). Parent-child relationships and the psychological well-being of 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilization. *Human Fertility*, *12*, 63–72.

Golombok, S. Brewaeys, A., Giavazzi, M.T., Guerra, D., MacCallum, F., Rust, J. (2002). The European study of assisted reproduction families: The transition to adolescence. *Human Reproduction*, *17*, 830–840.

Gomułka, W.S., Rewerski, W. (red.). (2002). *Encyklopedia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.

Goodman, A., Greaves, E. (2010). Cohabitation, marriage and relationship stability. *Economic & Social Research Council*, 1–13.

Goodnow, J.J. (1997). *Parenting and the transmission and internalization of values: From social-cultural perspectives to within-family analyses. Intergenerational cultural dissonance*. W: J.E. Grusec, L. Kuczynski (red.), *Parenting and Children's Internalization of Values: A Handbook of Contemporary Theory* (s. 333–361). New York: Wiley.

Gordon, A., Reynes-Greenow, C., McGeechan, K., Morris, J., Jeffrey, H. (2013). Risk factors for antepartum stillbirth and the influence of maternal age in New South Wales Australia: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*, 12–22.

Gordon, T. (2000). *Wychowanie bez porażek*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Gorman-Smith, D., Loeber, R. (2005). Are developmental pathways in disruptive behaviours the same for girls and boys? *Journal of Child and Family Studies*, *14*(1), 15–27.

Gormly, A. (1997). *Lifespan human development*. Fort Worth: Hartcourt Brace College Publishers.

Gosselin, J. (2010). Individual and family factors related to psychosocial adjustment in stepmother families with adolescents. *Journal of Divorce and Remarriage*, *51*, 108–123.

Grabowska, M. (2006). *Wyznaczniki relacji partnerskiej a zmiany w sferze seksualnej w poszczególnych fazach dorosłości*. Referat wygłoszony podczas XV Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej nt. „Bieg życia – między uniwersalnością a wyjątkowością zmian w rozwoju". Ustroń: 22–25.06.2006.

Grabowska, M. (2011). *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: WN UKW.

Graniewska, D., Krupa, K., Balcerzak-Paradowska, B. (1986). *Samotne matki, samotni ojcowie*. Warszawa: IWZZ.

Greenberg, M.T. (1999). *Attachment and psychopathology in childhood*. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory. Research and Clinical Applications* (s. 469–519). New York–London: The Guilford Press.

Greene, S., Anderson, E., Forgatch, M., DeGarmo, D., Hetherington, E.M. (2012). *Risk and resilience after divorce*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (s. 102–127). New York–London: The Guilford Press.

Greil, A.L., Slauston-Blevins, K., McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness, 32*, 140–162.

Griffin, E. (1991). *A First Look at Communication Theory*. New York: McGraw-Hill.

Grob, A. (1998). *Adolescents' well-being in 14 cultural contexts*. W: J.-E. Nurmi (red.), *Adolescents, Cultures and Conflicts – Growing up in Europe* (s. 21–42). New York: Garland.

Grochulska, J. (1993). *Agresja u dzieci*. Warszawa: WSiP.

Grotevant, H. (1990). *Adopted adolescents in residential treatment: The role of the family*. W: D.M. Brodzinsky, M.D. Schechter (red.), *The Psychology of Adoption* (s. 167–186). New York: Oxford University Press.

Grotevant, H., McRoy R.G. (1998). *Opennes in Adoption. Exploring Family Connections*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Grusec, J.E. (1997). A history of research on parenting strategies and children's internalization of values. W: J.E. Grusec, L. Kuczynski (red.), *Parenting and Children's Internalization of Values* (s. 3–22). New York–Toronto: Wiley.

Grusec, J.E., Davidov, M. (2010). Integrating different perspectives on socialization theory and research: A domain-specific approach. *Child Development, 81*, 687–709.

Grusec, J.E., Kuczynski, L. (red.). (1997). *Parenting and Children's Internalization of Values*. New York–Toronto: Wiley.

Grygielski, M. (1999). *Style komunikacji rodzicielskiej a identyfikacja dzieci z rodzicami*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Grzesiuk, L. (1979). *Style komunikacji interpersonalnej*. Warszawa: Wydawnictwa UW.

Grzesiuk, L. (red.). (1995). *Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy.* Warszawa: WN PWN.

Grzesiuk, L., Tryjarska, B. (1995). *Jak pomagać sobie, rodzinie i innym*. Warszawa: WN PWN.

Grzesiuk, L., Trzebińska, E. (1978). *Jak ludzie porozumiewają się*. Warszawa: Nasza Księgarnia.

Grzymała-Moszczyńska, H. (2004). *Jak można się uczyć innej kultury – treningi akulturacyjne dla studentów*. W: A. Borowiak, P. Szarota (red.), *Tolerancja i wielokulturowość. Wyzwania XXI wieku* (s. 177–189). Warszawa: Academica.

Gudykunst, W.B., Young Yun Kim (2002). *Komunikowanie się z obcym: spojrzenie na komunikację międzykulturową*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów* (s. 524–542). Warszawa: WN PWN.

Guidubaldi, J., Cleminshaw, H.K., Perry, J.D., Nastasi, B.K., Lightel, J. (1986). The role of selected family environments factors in children's post-divorce adjustment. *Family Relations*, *35*, 141–151.

Gunnar, M. (2003). Maternal panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(7), 814–825.

Gunnoe, M.L., Hetherington, E.M., Reiss, D. (1999). Parental religiosity, parenting style, and adolescent social responsibility. *Journal of Early Adolescence*, *19*, 199–225.

Gurba, E. (2009). *Uwarunkowania relacji rodzice–dorastające dzieci*. W: M. Kielar-Turska (red.), *Studia nad rozwojem i wychowaniem* (s. 153–170). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Gurba, E. (2013). *Nieporozumienia z dorastającymi dziećmi w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Gurian, M. (2004). *Wspaniały świat dziewcząt. Jak zrozumieć córkę i stworzyć z nią właściwe relacje*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Guttmann, J., Lazar, A. (2004). Criteria for marital satisfaction: Does having a child make a difference? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *22*, 147–155.

Habermas, T., Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, *126*, 748–769.

Habermans, T., Ehlert-Lerche, S., Silveira, C. (2009). The development of the temporal macrostructure of life narratives across adolescence: Beginnings linear narrative form and endings. *Journal of Personality*, *77*(2), 527–559.

Hagan, J., Palloni, A. (1990). The social reproduction of a criminal class in working-class London, circa 1950–1980. *American Journal of Sociology*, *96*, 265–299.

Hagestad, G.O. (1985). *Continuity and connectedness*. W: V.L. Bengtson, J.F. Robertson (red.), *Grandparenthood* (s. 31–48). Beverly Hills: Sage.

Halbwachs, M. (1969). *Społeczne ramy pamięci*. Warszawa: PWN.

Halford, K., Nicholson, J., Sanders, M. (2007). Couple communications in stepfamilies. *Family Process*, *46*, 471–483.

Hall, C.S., Lindzey, G. (1990). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.

Hall, C.S., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2004). *Teorie osobowości*. Warszawa: WN PWN.

Hall, D.R., Zhao, J.A. (1995). Cohabitation and divorce in Canada: Testing the selectivity hipothesis. *Journal of Marriage and Family*, *57*(2), 421–427.

Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. T. 1–2. New York: Appleton.

Hall, G.S. (1917). *Jesus, the Christ, in Light of Psychology*. New York: Doubleday.

Hall, J.A. (1984). *Nonverbal Sex Differences: Comniunication Accuracy and Expressive Style*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Haltigan, J.D., Roisman, G.I., Fraley, R.C. (2013). The predictive significance of early caregiving experiences for externalizing and internalizing symptomatology through mid-adolescence: Enduring or transient effects? *Development and Psychopathology*, *25*, 209–221.

Hammen, C., Le Brocque, R., Brennan, P.A. (2011). Youth depression and early stress generation and intergenaration transmission of depression. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, *79*(3), 353–363.
Hammarberg, K., Fisher, J.R.W., Wynter, K.H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. *Human Reproduction Update*, *14*, 395–414.
Hansen, M., Colvin, L., Petterson, B., Kurinczuk, J.J., Klerk, N. de, Bower, C. (2008). Admission to hospital of singleton children born following assisted reproductive technology (ART). *Human Reproduction*, *23*, 1297–1305.
Hardy, J.B., Astone, N.M., Brooks-Gunn, J., Shapiro, S., Miller, T.L. (1998). Like mother, like child: Intergenerational patterns of age at first birth and associations with childhood and adolescent characteristics and adult outcomes in the second generation. *Developmental Psychology*, *34*(6), 1220–1232.
Harkness, S., Super, Ch. (1992). *Parental ethnotheories in action*. W: I.E. Sigel, A.V. Mc Gillicuddy-De Lisi, J.J. Goodnow (red.), *Parental Believe System: The Psychological Consequences for Children* (s. 373–393). Hilsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.
Harkness, S., Super, Ch. (1996). *Parents' Cultural Belief System: Their Origins Expression and Consequences.* New York–London: The Guilford Press.
Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, *13*, 673–685.
Harold, G.T., Conger, R.D. (1997). Marital conflict and adolescent distress: The role of adolescent awareness. *Child Development*, *68*, 333–350.
Harowicz, A. (2003). *Wartości związane z funkcjonowaniem rodziny a ważne wydarzenia z jej historii*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
Harvey, J.H., Fine, M.A. (2010). *Children of Divorce. Stories of Loss and Growth.* New York– London: Routledge.
Harwas-Napierała, B. (1990). Współczesny model wyjaśniania i terapii zjawisk patologicznych w rodzinie. *Człowiek i Społeczeństwo*, *7*, 93–101.
Harwas-Napierała, B. (1996). Przygotowanie młodzieży do dorosłości – niektóre uwarunkowania rodzinne. *Człowiek i Społeczeństwo*, *14*, 17–29.
Harwas-Napierała, B. (2001). *Modele ról płciowych i ich psychologiczne konsekwencje dla małżeństwa i rodziny*. W: H. Liberska, M. Matuszewska (red.), *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt* (s. 75–96). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humanioria.
Harwas-Napierała, B. (2002). *Wykorzystywanie wiedzy psychologicznej o rozwoju człowieka w odniesieniu do rodziny*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Wiedza z psychologii rozwoju człowieka w praktyce społecznej*. Poznań: WN UAM.
Harwas-Napierała, B. (2003a). *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego*. Poznań: WN UAM.
Harwas-Napierała, B. (2003b). *Rodzina adopcyjna jako kontekst rozwojowy dzieci i rodziców*. W: A. Kalus (red.), *W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej* (s. 43–57). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.
Harwas-Napierała, B. (2003c). *Zmiany w funkcjonowaniu rodziny i ich konsekwencje dla rodziców*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 11–23). Poznań: WN UAM.
Harwas-Napierała, B. (2005). Etyczne aspekty manipulacji. *Poznańskie Studia Teologiczne*, *18*, 247–259.

Harwas-Napierała, B. (2008). *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*. Poznań: WN UAM.

Harwas-Napierała, B. (2009). *Rodzina jako wartość a współczesność*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka* (s. 11–23). Poznań: WN UAM.

Harwas-Napierała, B. (2010). *Rodzina w kontekście współczesnych zagrożeń.* W: T. Rostowska, A. Jarmołowska (red.), *Rozwojowe i wychowawcze aspekty życia rodzinnego* (s. 11–21). Warszawa: Difin.

Harwas-Napierała, B. (2011). *Psychologia w służbie rodziny. Zdrowotne aspekty życia rodzinnego*. Wykład wygłoszony podczas III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. Gdańsk: 17–19.05.2011.

Hastings, R.P. (2003). Brief report: Behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *33*, 99–104.

Havighurst, R.J. (1953). *Human Development and Education*. New York: Longmans & Green.

Havighurst, R.J. (1981). *Developmental Tasks and Education*. New York–London: Longman.

Hazan, C., Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, *5*, 1–22.

Hazan, C., Zeifman, D. (1999). *Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence*. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment Theory and Research* (s. 336–354). New York: Guilford.

Heaton, T.B., Pratt, E.L. (1990). The effects of religious homogamy on marital satisfaction and stability. *Journal of Family Issues*, *11*, 191–207.

Heffernan, M.E., Fraley, R.C. (2013). Do early caregiving experiences shape what people find attractive in adulthood? Evidence from a study on parental age. *Journal of Research in Personality*, *47*, 364–368.

Heffernan, M.E., Fraley, R.C., Vicary, A.M., Brumbaugh, C.C. (2012). Attachment features and functions in romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *29*, 671–693.

Hefferon, K., Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications Account.* Berkshire: McGraw Hill Open University Press.

Heimann, M. (2013). Strata dziecka w okresie prenatalnym. Perspektywa medyczna. *Biuletyn. Sekcja Psychologii Rozwojowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, *10*, 21–27.

Heinrichs, J. (1998). Rodzice i dzieci w sytuacji ciężkiej choroby. *Problemy Rodziny*, *1*, 34–37.

Hellinger, B. (2006). *Porządki miłości czyli być sobą i żyć swoim życiem*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

Hernández, R.L., Aranda, B.E., Ramírez, M.T.G. (2009). Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*(1), 171–183.

Herrera, E., Reissland, N., Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: Effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, *81*, 29–39.

Herzberger, S.D. (2002). *Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej*. Warszawa: PARPA.

Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.

Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań.* Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Heszen-Niejodek, I. (1990). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Heszen-Niejodek, I. (2005). *Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 465–492). Gdańsk: GWP.

Heszen-Niejodek, I. (red.). (2000). *Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Heszen-Niejodek, I., Wrześniewski, K. (1999). *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 443–492). Gdańsk: GWP.

Hetherington, E.M. (1979). Divorce: A child's perspective. *American Psychologist*, *34*, 851–858.

Hetherington, E.M. (1981). *Children and divorce*. W: R.W. Henderson (red.), *Parent-Child Interaction: Theory, Research and Prospects* (s. 33–57). New York: Academic Press.

Hetherington, E.M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development*, *60*, 1–14.

Hetherington, E.M. (1993). An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology*, *7*, 39–56.

Hetherington, E.M., Clingempeel, W.G. (1992). Coping with marital transitions: a family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *57*(2–3).

Hetherington, E.M., Kelly, J. (2002). *For Better or for Worse: Divorce Reconsidered*. New York: W. W. Norton & Company.

Hetherington, E.M., Cox, M., Cox, R. (1982). *Effects of divorce on parents and children*. W: M. Lamb (red.), *Nontraditional Families: Parenting and Child Development* (s. 233–289). London–New Jersey: Hillsdale.

Hetherington, E.M., Cox, M., Cox, R. (1985). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *24*, 518–530.

Hetherington, E.M., Law, T., O'Connor, T. (1993). *Divorce: Challenges, changes, and new chances*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 96–120). New York: Guilford Press.

Hetherington, E.M., Henderson, S.H., Reiss, D. (1999). Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *64*(4).

Hetherington, E.M., Clingempeel, W.G., Anderson, E.R., Deal, J.E., Hagan, M.S., Holler, A.E., Lindner, M.S. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monograph of the Society of Research in Child Development*, *57*, 1–14.

Hilburn-Cobb, C.L. (1966). Adolescent-parent attachments family problem-solving styles. *Family Process*, *35*(1), 57–82.

Hill, P.B., Kopp, J. (2002). *Familiensoziologie – Grundlagen und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Hill, R. (1949). *Families under Stress: Adjustment to the Crises of War Separation and Reunion*. New York: Harper and Brothers.

Hinde, R., Stevenson-Hinde, J. (red.). (1988). *Relationships within Families. Mutualinfluences.* Oxford: Clarendon Press.

Hines, D.A., Saudino, K.J. (2002). Intergeneration transmission of partner violent. *Behavioral Genetic Perspective*, *3*, 210–225.

Hitlin, S. (2006). Parental influences on children's values and aspirations: Bridging two theories of social class and socialization. *Sociological Perspectives*, *49*, 25–27.

Hofferth, S.L., Anderson, K.G. (2003). Are all dads equal? Biology versus marriage as a basis for paternal investment. *Journal of Mariage and the Family*, *65*(1), 213–232.

Hoffman, M.L. (1970). *Moral development*. W: P.H. Mussen (red.), *Carmichaels Manual of Child Psychology* (t. 2, s. 261–359). New York: Wiley.

Hoffman-Riem, Ch. (1986). Adoptive parenting and the norm of family emotionality. *Qualitative Sociology*, *9*, 162–178.

Hofstede, G. (2000). *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*. Warszawa: PWE.

Hoge, D.R., Petrillo, G.H., Smith, E.I. (1982). Transmission of religious and social values from parents to teenage children. *Journal of Marriage* & *Family*, *44*(3), 569–580, http://dx.doi.org/10.2307/351580.

Holditch-Davis, D., Sandelowski, M., Glenn Harris, B. (1999). Effects of infertility on mothers' and fathers' interactions with young infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *17*, 159–173.

Hollist, C.S., Miller, R.B. (2005). Perception of attachment style and marital quality in middle marriage. *Family Relations*, *54*, 46–57.

Holman, T.B., Birch, P.J., Carroll, J.S., Doxey, C., Larson, J.H., Linford, S.T. (2001). *Premarital prediction of marital quality or breakup. Research theory and practice*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Holmes, J. (2007). *John Bowlby.* Gdańsk: GWP.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Resources*, *11*, 213–218.

Hoogsteder, M., Maier, R., Elbers, E. (1996). The architecture of adult-child interaction: Joint problem solving and the structure of cooperation. *Learning and Instruction*, *4*, 345–358.

Horn, E.E., Xu, Y., Beam, Ch.R., Turkheimer, E., Emery, R.E. (2013). Accounting for the physical and mental health benefits of entry into marriage: A genetically informed study of selection and causation. *Journal of Family Psychology*, *27*(1), 30–41.

House, R.J., Hanges, P.J., Javidan, M., Dorfman, P.W., Gupta, V. (red.) (2004). *Culture, Leadership, and Organizations. The Globe Study of 62 Societies*. Thousand Oaks. CA: Sage.

Hovorun, T. (2009). *Wpływ stylu wychowania rodzinnego na poprawny rozwój osobowości*. W: J. Truskolaska (red.), *Partnerstwo w rodzinie* (s. 23–35). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Howe, D. (2001). Age at placement, adoption experience and adult adopted people's contact with their adoptive and birth mothers: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, *3*, 222–237.

Howe, D., Feast, J. (2000). *Adoption, Search and Reunion: The Long-Term Experience of Adopted Adults*. London: The Children's Society.

Howell, S.H., Portes, P.R., Brown, J.H. (1997). Gender and age differences in child adjustment to parental separation. *Journal of Divorce and Remarriage*, *27*, 141–158.

Hsueh, A.C., Morrison, K.R., Doss, B.D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships: Comparisons to married and dating relationships. *Journal of Family Psychology 23*(2), 236–246.

Huang, P.M., Smock, P.J., Manning, W.D., Bergstrom-Lynch, C.A. (2011). He says, she says: Gender and cohabitation. *Journal of Family Issues*, *32*(7), 876–905.

Huinink, J. (1995). *Warum noch Familie*. Berlin: Campus.

Hummelinck, A., Pollock, K. (2006). Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study. *Patient of Heatth Psychology*, *6*, 228–234.

Humphrey, M., Humphrey, H. (1988). *Families with a Difference. Varieties of Surrogate Parenthood*. London: Routledge.

Hurlock, E. (1985a). *Rozwój dziecka*. T. 1. Warszawa: PWN.

Hurlock, E. (1985b). *Rozwój dziecka*. T. 2. Warszawa: PWN.

Huston, T.L., Niehuis, S., Smith, S.E. (2001). The early marital roots of conjugal distress and divorce. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 116–119.

Hutto, D. (2008). The narrative practice hypothesis: Origins and application of folk psychology. *Philosophical Explorations*, *11*(3), 175–192.

Hyde, J.S. (1979). *Understanding Human Sexuality*. New York: McGraw-Hill Inc.

Ignaczak, M. (1986). *Wartości rodziców a agresja interpersonalna ich synów*. W: A. Frączek (red.), *Studia nad uwarunkowaniami i regulacja agresji interpersonalnej* (s. 79–98). Wrocław: Ossolineum.

IJzendoorn, M.H. van (2005). Attachment in social networks: Toward an evolutionary social network model. *Human Development*, *48*, 85–88.

IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment and Human Development*, *5*, 313–320.

IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J. (2006). DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment & Human Development*, *8*, 291–307.

IJzendoorn, M.H. van, Bard, K.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Ivan, K. (2009). Enhancement of attachment and cognitive development of young nursery-reared chimpanzees in responsive versus standard care. *Developmental Psychobiology*, *51*, 173–185.

Ilg, F.L., Ames, L.B., Baker, S.M. (1994). *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarz* (s. 204–206). Gdańsk: GWP.

Imber-Black, E., Roberts, J., Whiting, R.A. (red.). (2003). *Rituals in Families and Family Therapy*. New York–London: W.W. Norton and Company.

Imieliński, K. (1985). *Seksualności model ekologiczny*. W: K. Imieliński (red.), *Seksuologia: zarys encyklopedyczny*. Warszawa: PWN.

Imieliński, K. (1986). *Zarys seksuologii i seksiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2012 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastęczej (2013), www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/opieka-zastepcza-nad-dzieckiem/sprawozdania-z-realizacji-ustawy-o-wspieraniu-rodziny-i-systemie-pieczy-zasteczej/informacja-rady-ministrow-o-realizacji-w-roku-2012-ustawyo-wspieraniu-rodziny-i-systemie-pieczy-zasteczej/ (dostęp: 10.09.2013).

Inhorn, M.C., Balen, F. van (red.). (2002). *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.

Iniewicz, G. (2008). *Więzi rodzinne z perspektywy teorii przywiązania*. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej* (s. 129–148). Kraków. Wydawnictwo UJ.

Inkeles, A. (1969). Making men modern: On the causes and consequences of individual change in six developing countries. *American Journal of Sociology*, *75*, 208–225.

Irga, N., Balcerska, A. (2002). Wpływ choroby nowotworowej na życie dziecka i jego rodziny. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, *2*(4), 287–289.

Izdebska, J. (2000). *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*. Białystok: Wydawnictwo Trans Humana.

Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków. Wydawnictwo UJ.

Jabłoński, K. (2008). *Rozwód. Jak go przeżyć?* Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

Jackson, D.D. (1965). The study of the family. *Family Process*, *4*, 1–20.

Jacobs, N.N., O'Donohue, W.T. (2007). *Coping with Infertility. Clinically Proven Ways of Managing the Emotional Roller Coaster*. New York: Routledge.

Jacobsen, T., Edelstein, W., Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, *30*, 112–124.

Jacyno, M. (2004). *Tradycja jako kontekst: Strategie i nowe schematy*. W: J. Kurczewska (red.), *Oblicza lokalności: tradycja i współczesność* (s. 133–147). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Jagodzińska, M. (2008). *Psychologia pamięci: Badania, teorie, zastosowania*. Gliwice: Wydawnictwo Helion.

Jakoniuk-Diallo, A., Kubiak, H. (2010). *O co pytają rodzice dzieci z niepełnosprawnością?* Warszawa: Difin.

James, M., Jongeward, D. (1994). *Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

James, W. ([1902] 1961). *The Varieties of Religious Experience*. New York: Collier Books.

Jamieson, L., Anderson, M., McCrone, D., Bechhofer, F., Steward, R., Li, Y. (2002). Cohabitation and commitment: partnership plans of young men and women. *Sociological Review*, *50*(3), 356–377.

Jang, S.J. (2007). Gender differences in strain, negative emotions, and coping behaviors: A general strain theory approach. *Justice Quarterly*, *24*, 523–553.

Janicka, I. (1993). Empatia a poziom otwartości partnerów w różnych jakościowo grupach małżeństw. *Przegląd Psychologiczny*, *1*, 39–48.

Janicka, I. (2003). *Małżeństwo czy związek niezalegalizowany*. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 68–77). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Janicka, I. (2005). Wpływ stażu wspólnego życia partnerów, na poziom integracji związków niemałżeńskich. *Psychologia Rozwojowa*, *4*, 105–113.

Janicka, I. (2006). *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej. Studium porównawcze*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Janicka, I. (2008a). *Dynamika związku a wzajemna zależność kohabitujących partnerów*. W: M. Bogdanowicz, M. Lipowska (red.), *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju* (s. 71–82). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Janicka, I. (2008b). Staż wspólnego życia a satysfakcja seksualna partnerów kohabitujących. *Psychologia Rozwojowa*, *4*, 37–48.

Janicka, I. (2009a). *Perspektywy związków kohabitacyjnych*. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 47–59). Warszawa: Difin.

Janicka, I. (2009b). Ryzyko kryzysów i konfliktów z związkach kohabitacyjnych. *Przegląd Psychologiczny*, *52*(3), 293–308.

Janicka, I. (2010). *Jakość małżeństw poprzedzonych kohabitacją*. W: T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego* (s. 94–109). Warszawa: Difin.

Janicka, I. (2011). *Satisfaction with marriage in the case of prenuptially cohabitating and non-cohabitating couples*. W: H. Liberska (red.), *Relations in Marriage and Family: Genesis, Quality and Development* (s. 51–65). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

Janicka, I. (2012). *Człowiek w relacjach rodzinnych*. W: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Wprowadzenie do psychologii dla ekonomistów* (s. 127–162). Warszawa: PWE.

Jankowski, K. (1975). *Człowiek i choroba*. Warszawa: PWN.

Jarmołowska, A. (2007). *Adopcja dziecka. Psychologiczna analiza decyzji u kobiet i mężczyzn*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Jarosz, M. (1978). *Psychologia lekarska.* Warszawa: PZWL.

Jaroszczyk-Steiner, W. (1990). Analiza więzi emocjonalnych ze współmałżonkiem u kobiet i mężczyzn pozostających w długotrwałych związkach małżeńskich. W: M. Ziemska (red.), *Z badań nad integracją małżeństwa i rodziny*. Warszawa: CPBPO 09.02.

Jarymowicz, M. (2002). *Poza egocentryczną perspektywą widzenia siebie i świata.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Jasielska, A. (2002). *Emocje a płeć. Analiza w kontekście twórczości emocjonalnej*. W: A. Hulewska, A. Jasielska, Z. Ziarko (red.), *Interdyscyplinarne studia nad płcią. Od polaryzacji płciowej do depolaryzacji rodzajowej* (s. 95–113). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Jaśkowski, P. (2009). *Neuronauka poznawcza. Jak mózg tworzy umysł.* Warszawa: Vizja Press & IT.

Jaworowska, A. (1982). Rodzina a przystosowanie społeczne dziecka.W: L.Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (s. 101–166). Warszawa: PWN.

Jaworowska, A. (1986). *Doświadczenia wczesnodziecięce a sposób funkcjonowania w rolach rodzicielskich.* W: M. Ziemska (red.), *Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodzin* (t. 1, s. 73–102). Warszawa: TWWP.

Jenkins, J.M., Smith, M.A. (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes: Maternal reports. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 60–69.

Jenkins Tucker, C., Finkelhor, D., Turner, H., Shattuck, A. (2013). Association of sibling aggression with child and adolescent mental health. *Pediatric*, *132*(1), 79–84.

Jennings, D. (1986). The confusion between disease and illness in clinical medicine. *Canadian Medical Association Journal*, *135*, 865–870.

Joachimowska, M. (2008). *Rodzicielstwo zastępcze. Idea – Problemy – Analizy – Kompetencje*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

John-Borys, M. (1997). *Rozumienie problemu dziecka w kontekście systemu rodzinnego*. Materiały z Forum Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego nt. „Pomoc rodzinie w warunkach poradni psychologiczno-pedagogicznej". Będzin: 02–03.10.1997.

Johnson, A.M., Wadsworth, J., Wellings, K., Field, J. (1994). *Sexual Attitudes and Lifestyles*. London: Blackwell.

Johnson, C.A., Stanley, S.M., Glenn, N.D., Amato, P.R., Nock, S.L., Markman, H.J., Dion, M.R. (2002). Marriage in Oklahoma: 2001 baseline statewide survey on marriage and divorce. *Journal of Marriage and the Family*, *62*(1), 256–264.

Jones, A.C. (2003). Reconstructing the stepfamily: Old myth, new stories. *Social Work*, *48*(2), 228–236.

Jong Gierveld, J. de (2004). Remarriage, unmarried cohabitation, living apart together: Partner relationships following bereavement or divorce. *Journal of Marriage and Family*, *66*, 236–243.

Joniec-Bubula, K. (2000). Rola rytuałów przejścia w tworzeniu się tożsamości w okresie dorastania. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka* (s. 165–183). Kraków: Wydawnictwo UJ.

Jourard, S.M. (1971). *Self-Disclosure: An Experimental Analysis of the Transparent Self.* New York: Wiley.

Joyner, K. (2009). Justice and the fate of married and cohabiting couples. *Social Psychology Quarterly*, *72*(1), 61–76.
Józefik, B., Pilecki, M. (1994). Zasady sporządzanie i interpretacji genogramu. *Psychoterapia*, 37–49.
Jundziłł, E. (2001). *Rodzina zrekonstruowana we współczesnej Polsce*. W: J. Żebrowski (red.), *Rodzina polska na przełomie wieków* (s. 305–314). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
Jung, C.G. (1976). *Archetypy i symbole*. Warszawa: Czytelnik.
Kaczmarek, B.L.J. (2006). *Rytuał z punktu widzenia psychologii*. W: M. Filipiak, M. Rajewski (red.), *Rytuał. Przeszłość i teraźniejszość* (s. 117–132). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Kagan, J. (1958). The concept of identification. *Psychological Review*, *65*, 296–305.
Kağitçibaşi, C. (1982). Old-age security value of children: Cross-national socio-economic evidence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *13*, 29–42.
Kağitçibaşi, C. (1990). *Family and home-based intervention*. W: R.W. Brislin (red.), *Applied Cross-Cultural Psychology* (s. 121–141). Newbury Park: Sage.
Kağitçibaşi, C. (1996). *Family and Human Development across Cultures: A View from the Other Side*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
Kağitçibaşi, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-cultural Psychology*, *36*, 403–422.
Kahn, M.D., Monks, G. (1997). *Sibling relational problems*. W: T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W. Davis (red.), *DSM-IV Sourcebook* (t. 3, s. 693–712). Washington, DC: American Psychiatric Association.
Kaja, B. (1992). *Rozwód w rodzinie a osobowość dziecka*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
Kaleńska-Rodzaj, J. (2013). *Rodzinne uwarunkowania postaw i wartości związanych z muzyką i zawodem muzyka*. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości* (s. 263–284). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Kalter, N., Rembar, J. (1981). The significance of a child's age at the time of parental divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, *51*, 85–100.
Kalus, A. (2002). *Bezdzietność w małżeństwie*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.
Kalus, A. (2009). *Funkcjonowanie systemu rodziny adopcyjnej. Analiza psychologiczna*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.
Kałużna-Wielobób, A., Wielobób, K. (2013). *Międzypokoleniowy przekaz postaw i wzorców zachowań a jakość relacji małżeńskich i partnerskich*. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości* (s. 31–53). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Kamp Dush, C.M. (2013). Marital and cohabitation dissolution and parental depressive symptoms in fragile families. *Journal of Marriage and the Family*, *75*, 91–109.
Kamp Dush, C.M., Amato P.R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, *22*, 607–628.
Kamp Dush, C.M., Cohan C.L., Amato P.R. (2003). The relationship between cohabitation and marital quality and stability: Change Across Cohorts? *Journal of Marriage and*

the Family, *65*, 539–549.
Kamp Dush, C.M., Taylor, M.G., Kroeger, R.A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Family Relations*, *57*, 211–226.
Kao, H., An, K. (2012). Effect of acculturation and mutuality on family loyalty among Mexican American caregivers of elders. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(2), 111–119.
Kapinus, C.A. (2003). The effect of relationship experiences and parents' attitudes on young adults' views of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, *39*(3–4), 143–157.
Kaplan, A.G., Sedney, M.A. (1980). *Psychology and Sex Roles. An Androgynous Perspective*. Boston–Toronto: Little, Brown & Co.
Karney, B.R, Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, *118*, 3–34.
Kasl, S.V., Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, *12*, 246–266.
Kaslow, N.J. (2010). Journal of Family Psychology: past, present, and future. *Journal of Family Psychology*, *24*(1), 1–4.
Kasten, H. (1997). *Rodzeństwo – ideały, rywale, powiernicy.* Warszawa: WN PWN.
Katra, G. (2003). *Dorastanie jako okres wielkich transformacji*. W: A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej* (s. 227–264). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Katra, G. (2004). *Metoda biograficzna i analiza narracji w badaniach nad planowaniem swojego życia*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.), *Narracja: Koncepcje i badania psychologiczne* (s. 159–174). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
Katz, R. (2009). Intergenerational family relations and life satisfaction among three elderly population groups in transition in the Israeli multi-cultural society. *Journal Cross Cultural Gerontology*, *24*, 77–91.
Kawczyńska-Butrym, Z. (2001). *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego.* Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
Kawczyńska-Butrym, Z. (2008). Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Lublin: Wydawnictwo Makmed.
Kawula, S. (1996). *Studia z pedagogiki społecznej*. Olsztyn: Wydawnictwo WSP.
Kaye, K. (1990). *Acknowledgement or rejection of differences?* W: D.M. Brodzinsky, M.D. Schechter (red.), *The Psychology of Adoption* (s. 121–143). New York: Oxford University Press.
Kaźmierczak, M. (2008). *Oblicza empatii w relacjach małżeńskich. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
Kaźmierczak, M., Plopa, M. (2006). Style przywiązaniowe partnerów a jakość ich komunikacji w małżeństwie. *Psychologia Rozwojowa*, *11*(4), 115–126.
Kaźmierczak, M., Plopa, M. (2012). *Komunikacja w bliskich związkach. Teoria i metoda badania.* Warszawa: Vizja Press & IT.
Kaźmierczak, W., Fiegler P., Węgrzyn, P., Radzioch, J., Kamiński, K. (2004). Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień. *Ginekologia Praktyczna*, *12*, 26–29.

Keeney, B., Sprenkle, D. (1982). Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process, 1*(21), 1–19.

Kellerhals, J. (2001). *Family processes*. W: N.J. Smelsser, P.B. Baltes (red.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Scientces* (t. 8, s. 5343–5347). Oxford: Elsevier Science LTD and Pergamon.

Keniston, K. (1985). *The myth of family independence*. W: J.M. Henslin (red.), *Marriage and Family in a Changing Society* (s. 27–33). New York: Free Press.

Keong-il, K. (2008). Alternative forms of marriage and family in Colonial Korea. *The Review of Korean Studies*, *11*(4), 61–82.

Kerns, K.A. (2008). *Attachment in middle childhood*. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory. Research and Clinical Applications* (s. 366–382). New York–London: The Guilford Press.

Kerr, L.M., Harrison, M.B., Medves, J., Tranmer, J. (2004). Supportive care needs of parents of children with cancer: Transition from diagnosis to treatment. *Oncology Nursing Forum, 36*(6), 116–126.

Khymko, M., Liberska, H. (2011). *Dominujące wartości i konflikty wewnętrzne rodziców dzieci autystycznych*. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 175–196). Warszawa: Difin.

Kielar-Turska, M. (2000). *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 285–332). Gdańsk: GWP.

Kiereś, B. (2006). *Tylko rodzina*. Lublin: Wydawnictwo Fundacja *Servire Veritati* Instytut Edukacji Narodowej.

Kiernan, K. (2002). *Cohabitation in Western Europe: Trends, issues and implications*. W: A. Booth, Crouter (red.), *Just Living Together: Implications of Cohabitation on Families, Children, and Social Policy* (s. 3–32). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kimmel, D.C., Weiner, I.B. (1995). *Adolescence: A Developmental Transition.* New York: Wiley.

King, P.E., Furrow, J. (2004). Religion as a resource for positive youth development: Religion, social capital, and moral outcomes. *Developmental Psychology*, *40*(5), 703–713.

King, V. (1994). Nonresident father involvement and child well-being: can dads make a difference? *Journal of Family Issues*, *15*, 78–96.

King, V. (2003). The influence of religion on fathers' relationships with their children. *Journal of Marriage and Family*, *65*, 382–395.

King, V., Scott, M. (2005). A comparison of cohabiting relationships among older and younger adults. *Journal of Marriage and Family*, *67*, 271–285.

King, V., Silverstein, M., Elder, G.H. Jr., Bengtson, V.L., Conger, R.D. (2003). Relations with grandparents: Rural Midwest versus urban Southern California. *Journal of Family Issues*, *24*, 1044–1069.

Kingsberg, S. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(5), 431–437.

Kirk, D. (1964). *Shared Fate*. New York: Free Press.

Kirkpatrick, L.A., Davis, K.E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: Longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 502–512.

Kitson, G.C. (2006). Divorce and relationship dissolution research: Then and now. W: M.A. Fine, J.H. Harvey (red.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (s. 15–40). New York: Routledge.

Klausli, J.F., Owen, M.T. (2009). Stable maternal cohabitation, couple relationship quality, and characteristics of the home environment in the child`s first two years. *Journal of Family Psychology*, *23*, 103–106.

Klein, D.M., White, J.M. (1996). *Family Theories. An Introduction.* Thousand Oaks–London–New Delhi: Sage.

Kleniewska, I. (2008). *Rodzice biologiczni, dziecko, rodzice zastępczy – regulacja prawna*. W: A. Kwak (red.), *Rodzicielstwo między domem, prawem, służbami społecznymi* (s. 194–205). Warszawa: Wydawnictwo APS.

Klier, C.M., Geller, P.A., Ritsher, J.B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health*, *5*, 129–149.

Kline, G.H., Stanley, S.M., Markman, H.J., Olmos-Gallo, P.A., St Peters, M.,Whitton, S.W., Prado, L.M. (2004). Timing is everything: Pre-engagement cohabitation and increased risk for poor marital outcomes. *Journal of Family Psychology*, *18*(2), 311–318.

Klohnen, E.C., Bera, S. (1998). Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 31-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 211–223.

Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(3), 275–287.

Kluzowa, K., Kusz, F., Slany, K. (1991). *Małżeństwa powtórne w Polsce: typy, przyczyny powstania, funkcjonowanie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Knapp, M.L. (1984). *Interpersonal Communication and Human Relationships.* Boston: Allyn and Bacon.

Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W.S., Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving: a Control theory analysis. *Child Development*, *64*, 231–245.

Kobak, R.R., Hazan, C. (1991*). Parents and Spouses: Attachment Strategies and Marital Functioning*. Newark: University of Delaware.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy (2013). Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku. Tekst jednolity. Dz.U. z 2012, poz. 788.

Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (red.). (2001). *Handbook of Religion and Health.* New York: Oxford University Press.

Kohlberg, L. (1966). *A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes*. W: E.E. Maccoby (red.), *The Development of Sex Differences* (s. 82–173). Stanford: Stanford University Press.

Kolvin, I., Miller, F.J.W., Fleeting, M., Kolvin, P.A. (1988). Social and parenting factors affecting criminal-offence rates: Findings from the Newcastle Thousand Family Study

(1947–1980). *British Journal of Psychiatry*, *152*, 80–90.
Kołbik, I. (1994a). *Procesy emocjonalne w rodzinie*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 31–44). Kraków: Collegium Medicum UJ.
Kołbik, I. (1994b). *Wywiad rodzinny z użyciem genogramu.* W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 97–100). Kraków: Collegium Medicum UJ.
Kołodziej, W. (2010). *Rola ojca w życiu rodziny i dziecka*. W: I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych* (s. 35–47). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Komorowska, J. (1984). *Świąteczne zwyczaje domowe w wielkim mieście: Studium na przykładzie Warszawy*. Warszawa: PWN.
Komunikat z badań CBOS (2008). *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego.* Marzec, BS/54. Warszawa: CBOS.
Kopaliński, W. (1990). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych.* Warszawa: WP.
Kopońska, E. (2014). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. Międzyrzecz: Wydawnictwo Literat.
Kornas-Biela, D. (1993). *Potrzeby rodziców po śmierci dziecka w okresie okołoporodowym*. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 61–75). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
Kornas-Biela, D. (2000). *Okres prenatalny*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 17–44). Warszawa: WN PWN.
Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
Kostuj, **E. (1980). Sytuacja dziecka w rodzinie, w której oddalono powództwo o rozwód,** *Psychologia Wychowawcza*, *3*, **376–387.**
Kościelska, M. (1999). *Pomoc rodzinom adopcyjnym w przezwyciężaniu kryzysów tożsamości*. W: K. Ostrowska, E. Milewska (red.), *Adopcja – teoria i praktyka* (s. 45–56). Warszawa: CMPP-P MEN.
Kościelska, M. (2011). *Odpowiedzialni rodzice. Z doświadczeń psychologa.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Kotowska, K. (2010a). *Jeż*. Poznań: Media Rodzina.
Kotowska, K. (2010b). *Wieża z klocków*. Poznań: Media Rodzina.
Kowalczyk, A. (2004). *Czynniki wpływające na dobrostan psychiczny małżonków w fazie pustego gniazda*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
Kowalczyk, J., Samardakiewicz, M. (1998). *Dziecko z chorobą nowotworową*. *Biblioteka Pediatry.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji.* Warszawa: WAiP.
Kozdrój-Marcinkowska, M. (2008). *Etos rodzinny polskiej inteligencji żydowskiej i katolickiej*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Kozieł, D., Naszydłowska, E., Zdziebło, K. (2003). Rodzina w zdrowiu i chorobie. *Małżeństwo i Rodzina*, *2*, 35–38.

Kozińska, B. (2006). Typy przywiązania a zdrowie psychiczne. *Psychoterapia*, *3*, 5–20.

Krahe, B. (2005). *Agresja*. Gdańsk: GWP.

Krahn, G.L., Hallum, A., Kime, C. (1993). Are there good ways to give „bad news"? *Pediatrics*, *91*, 578–582.

Krauss, H.H., Krauss, B.J. (1995). *Domestic violence and its prevention*. W: L.L. Adler, F.L. Denark (red.), *Violence and the Prevention of Violence* (s. 129–144). Waestport: CT Praeger.

Kreinath, J., Snoek, J.A., Stausberg, M. (red.). (2006). *Theorizing Rituals: Classical Topics, Theoretical Approaches, Analytical Concepts*. Leiden: Brill Academic Publishers.

Krischer, M.K., Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *31*, 253–262.

Krishnan, V. (1993). Religious homogamy and voluntary childlessness in Canada. *Sociological Perspectives*, *36*, 83–93.

Krogulska, B. (2001). *Etos rodzinny a umiejscowienie rodziny w strukturze społecznej*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Król, J., Deska, E. (2010). *Oblicza ojcostwa a rozwój psychospołeczny dziecka*. W: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina we współczesnym nurcie przemian* (s. 189–205). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Kruk-Lasocka, J. (1990). *Traumatyzujący wpływ dziecka upośledzonego umysłowo na rodzinę (na przykładzie mongolizmu, mózgowego porażenia dziecięcego i autyzmu)*. W: J. Pańczyk (red.), *Roczniki pedagogiki specjalnej* (t. 1, s. 91–105). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.

Kruk-Lasocka, J. (1991). Rodzina i jej dziecko upośledzone umysłowo. *Prace Pedagogiczne*, *38*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.

Kubacka-Jasiecka, D. (1997). *Z psychologii kryzysu*. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 241–254). Kraków: Wydawnictwo ALL.

Kubacka-Jasiecka, D. (2013). *O niektórych patomechanizmach międzypokoleniowej transmisji przemocy partnerskiej i domowej*. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości* (s. 55–84). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kuczynski, L., Marshall, S., Schell, K. (1997). *Value socialization in a bidirectional context*. W: J.E. Grusec, L. Kuczynski (red.), *Parenting and Children's Internalization of Values* (s. 23–52). New York–Toronto: Wiley.

Kuczyńska, A. (2001). Styl przywiązania a zachowania wiążące. *Czasopismo Psychologiczne*, *1*, 7–15.

Kulawik, M. (2008). *Rodzina muzułmańska wczoraj i dziś. Ciągłość tradycji i współczesne zmiany na podstawie Zjednoczonych Emiratów Arabskich*. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 382–392). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kulik, M., Otrębski, W. (2011). *Sytuacja rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w wyniku choroby genetycznej*. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 129–150). Warszawa: Difin.

Kulik, L. (2004). The impact of birth order on intergenerational transmission of attitudes from parents to adolescent sons. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*, 149–157.

Kurcz, I. (1977). *Język i mowa*. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 411–489). Warszawa: PWN.

Kurcz, I. (1997). *Język i komunikacja*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 231–274). Gdańsk: GWP.

Kurdek, L.A. (1989). Relationship quality for newly married husbands and wives: Marital history, stepchildren, and individual-difference predictors. *Journal of Marriage and the Family*, *51*, 1053–1064.

Kurdek, L.A., Blisk, D., Siesky, A.E. Jr. (1981). Correlates of children's long-term adjustment to their parents' divorce. *Developmental Psychology*, *17*, 565–579.

Kurzydło, D. (2013). *„Rytuały przejścia" z dzieciństwa do dorosłości jako przejaw współczesnych zachowań quasi-mitycznych nastolatków. Ujęcie narracyjne*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem W. Zagórskiej, IP UKSW, Warszawa.

Kusio, U. (1998). *Rodzina zastępcza jako środowisko wychowawcze*. Lublin: Wydawnictwo UMSC.

Küstner, Ch. (2000). *Familienleben zwischen Eigentätigkeit, Netzwerken und Dienstleistungen – Visionen und Modelle*. W: I. Kettschau, B. Methfessel, M.B. Piorkowsky (red.), *Familie 2000. Bildung für Familien und Haushalte Europäische Perspektiven*. Möhnesee: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.

Kwak, A. (1994). *Rodzina i jej przemiany*. Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW.

Kwak, A. (2005). *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Kwiecień, M. (2004). *Adopcja, temat bez tajemnic*. Warszawa: Wydawnictwo Księży Marianów.

La France, M., Henley, N.M. (2003). *O hipotezie opresji albo raz jeszcze o różnicach wrażliwości niewerbalnej*. W: M.R. Walsh (red.), *Kobiety, mężczyźni i płeć. Debata w toku* (s. 127–146). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Lachance-Grzela, M., Bouchard, G. (2010). Why do women do the lion's share of housework? A decade of research. *Sex Roles*, *63*, 767–780.

Lachowska, B. (2008). *Wzajemne oddziaływania pracy i rodziny – perspektywa konfliktu i facylitacji (raport z badań pilotażowych)*. W: L. Golińska, B. Dudek (red.), *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń* (s. 431–444). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Lachowska, B. (2012). *Praca i rodzina – konflikt czy synergia? Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi – uwarunkowania i znaczenie dla jakości życia kobiet i mężczyzn*. Lublin: RW KUL.

Lachowska, B., Lachowski, S. (2001). *Psychospołeczne aspekty samotnego ojcostwa*. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 483–504). Lublin. Wydawnictwo KUL.

Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Trick, P.J., Grimm, J. (1997). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder*. W: T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W. Davis (red.), *DSM-IV Sourcebook* (t. 3, s. 189–210). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Lamb, E.H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *The Journal of Perinatal Education*, *11*, 33–40.

Lambert, S.F., Cashwell, C.S. (2004). Preteens talking to parents: Perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, *12*(2), 122–128.

Landwójtowicz, P. (2011). *Problemy rodzin doświadczających konsekwencji wynikających z zagranicznej migracji zarobkowej – raport z badań*. W: D. Krok, P. Landwójtowicz, B. Balicka-Błagitka (red.), *Razem ale osobno. Poradnik dla osób doświadczających problemów spowodowanych migracją zarobkową* (s. 7–21). Opole: Diecezjalna Fundacja Ochrony Życia.

Lang, S., af Klinteberg, B., Alm, P.-O. (2002). Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 93–100.

Lansford, J.E., Malone, P.S., Castellino, D.R., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce or separation. *Journal of Family Psychology*, *20*, 292–301.

Larson, L.E., Goltz, J.W. (1989). Religious participation and marital commitment. *Review of Religious Research*, *30*, 387–400.

Laszlo, E. (1978). *Systemowy obraz świata*. Warszawa: PIW.

Laumann, E.O., Gagnon, J., Michael, R., Michaels, S. (1994). *Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the US*. Chicago: University of Chicago Press.

Laungani, P.D. (2007). *Understanding Cross-Cultural Psychology. Eastern and Western Perspectives*. London: Sage.

Lavner, J.A., Karney, B.R., Bradbury, T.N. (2012). Do cold feet warn of trouble ahead? Premarital uncertainty and four-year marital outcomes. *Journal of Family Psychology*, *26*(6), 1012–1017.

Lawton, L.E., Bures, R. (2001). Parental divorce and the „switching" of religious identity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *40*, 99–111.

Lazar, D. (2009). *Style przywiązaniowe partnerów a zadowolenie ze związku małżeńskiego*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Plopy, Wydział Psychologii WSFiZ, Warszawa.

Le Bourdais, C., Lapierre-Adamcyk, E., Pacaut, P. (2004). Changes in conjugal life in Canada: Is cohabitation progressively replacing marriage? *Journal of Marriage and Family*, *66*, 929–942.

Leach, E., Greimas, A. (1989). *Rytuał i narracja*. Warszawa: PWN.

Lebow, J., Stroud, C.B. (2012). Assessment of effective couple and family functioning: Prevaling models and instruments. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (wyd. 4, s. 501–528). New York: Guilford Press.

Lee, K.S., Ono, H. (2012). Marriage, cohabitation and happiness: A cross-national analysis of 27 countries. *Journal of Marriage and Family*, *74*, 953–972.

Lekszycka, W. (2012). Rozumienie miłości wśród osób niezadowolonych z małżeństwa a style przywiązania. W: S. Bukalski (red.), *Teoria przywiązania i jakość więzi. Analizy empiryczne* (s. 169–191). Szczecin: Volumina.

Lerner, R.M. (1998). *Theories of human development: Contemporary perspectives*. W: W. Damon (red.), *Handbookof Child Psychology* (s. 1–24). New York–Brisbane–Singapore–Toronto: Wiley.

Lerner, R.M., Kaufman, M.B. (1985). The concept of development in contextualism. *Developmental Review*, *5*, 309–333.

Lerner, R.M., Dowling E., Anderson, P. (2003). Positive youth development: Thriving as the basis of personhood and civil society. *Applied Developmental Science*, *7*(3), 172–180.

Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenertional transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, *6*(1), 75–94.

LeVine, R., Miller, P., Richman, A., LeVine, S. (1996). *Education and mother-infant interaction: A Mexican case study*. W: S. Harkness, Ch. Super (red.), *Parents' Cultural Belief System: Their Origins Expressions and Consequences* (s. 254–269). New York–London: The Guilford Press.

Levinger, G. (1966). Sources of marital dissatisfaction among applicants for divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, *36*, 803–807.

Levinger, G. (1979). *A social exchange perspective on the termination of relationships*. W: R.L. Burgess, T.L. Huston (red.), *Social Exchange in Developing Relationships*. New York: Academic Press.

Levinson, D.J. (1978). *The Season of Man's Life*. Chicago: Balantine Books.

Levy, R. (1996). *Essential contrast: Differences in parental ideas about learners and teaching in Tahiti and Nepal*. W: S. Harkness, Ch. Super (red.), *Parents' Cultural Belief System: Their Origins Expressions and Consequences* (s. 123–142). New York–London: The Guilford Press.

Lewandowska-Walter, A. (2006). *Czy macocha musi być zła? Społeczne postrzeganie kobiety pełniącej rolę rodzica w rodzinie zrekonstruowanej*. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka* (s. 110–117). Łódź: WN WSI.

Lewandowska-Walter, A. (2008). *Psychospołeczne uwarunkowania adaptacji dzieci do życia w rodzinie zrekonstruowanej*. W: M. Bogdanowicz, M. Lipowska (red.), *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju* (s. 113–122). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Lewandowska-Walter, A. (2009a). *Obszary problemowe i zasoby rodziny zrekonstruowanej*. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 101–116). Warszawa: Difin.

Lewandowska-Walter, A. (2009b). *Rodzina zrekonstruowana. Analiza systemowa relacji rodzinnych*. Nieopublikowana rozprawa doktorska, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.

Lewis, R.A., Spanier, G.B. (1982). *Marital quality, marital stability, and social exchange*. W: F.I. Nye (red.), *Family Relationships: Rewards and Costs* (s. 49–65). Beverly Hills, CA: Sage.

Lew-Starowicz, Z. (1988). *Seks dojrzały*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lew-Starowicz, Z. (1992). *Przemoc seksualna*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

Lew-Starowicz, Z. (2004). *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: Muza.

Lew-Starowicz, Z. (2010a). *Psychospołeczne podstawy seksualności*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 25–33). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lew-Starowicz, Z. (2010b). *Zdrowie seksualne kobiet*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 122–132). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lew-Starowicz, Z., Lach-Długołęcka, A. (1996). *Aktywność seksualna*. W: Z. Cendrowski, M. Trawińska (red.), *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego* (s. 11–12). Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Liberska, H. (2004). *Perspektywy życiowe młodzieży. Wybrane uwarunkowania*. Poznań: WN UAM.

Liberska, H. (2006). Orientacja przyszłościowa młodzieży a jej środowisko rodzinne. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *17*, 65–82.

Liberska, H. (2011a). *Choroba dziecka jako stresor dla systemu rodziny*. Wykład wygłoszony podczas III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Psychologia w służbie rodziny. Zdrowotne aspekty życia rodzinnego". Gdańsk, 17–19.05.2011.

Liberska, H. (2011b). *Development in the family*. W: H. Liberska (red.), *Relations in Marriage and Family: Genesis, quality and development* (s. 13–30). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

Liberska, H. (2011c). *Teorie rozwoju psychicznego*. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 71–126). Warszawa: WN PWN.

Liberska, H. (2014). *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie tożsamości i systemu wartości*. Wystąpienie podczas IV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Psychologia w służbie rodziny: Rodzina w dobrobycie, dobrostan w rodzinie?", Gdańsk, 29–30.04.2014.

Liberska, H. (red.). (2011a). *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*. Warszawa: Difin.

Liberska, H. (red.). (2011b). Relations in marriage and family: Genesis, quality and development. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

Liberska, H., Malina, A. (red.). (2011). *Współczesne problemy współczesnych małżeństw i rodzin*. Warszawa: Difin.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2001a). *Wprowadzenie*. W: H. Liberska, M. Matuszewska (red.), *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt* (s. 7–13). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2001b). *Wybrane czynniki i mechanizmy powstawania agresji w rodzinie*. W: M. Binczycka-Anholcer (red.), *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne* (s. 80–89). Warszawa–Poznań: PTHP.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2001c). *Wybrane psychologiczno-społeczne mechanizmy funkcjonowania małżeństwa*. W: H. Liberska, M. Matuszewska (red.), *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt* (s. 13–46). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2006). Pełnienie ról małżeńskich a proces rozwoju dorosłych. *Psychologia Rozwojowa*, *11*(4), s. 25–35.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2011). *Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 41–66). Warszawa: Difin.

Liberska, H., Matuszewska, M. (2012). Modele funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. *Polskie Forum Psychologiczne*, *17*(1), 79–90.

Liberska, H., Matuszewska, M. (red.). (2001). *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Liberska, H., Matuszewska, M., Freudenreich, D. (2013). *Percepcja postaw rodzicielskich matek i ojców a zachowanie agresywne dorastających córek i synów*. W: D. Borecka-Biernat (red.), *Zachowania agresywne dzieci i młodzieży: uwarunkowania oraz możliwości ich przezwyciężania* (s. 78–98). Warszawa: Difin.

Liberska, H., Rzepa, M. (2011). *Rozwój indywidualny rodziców w systemie rodziny z dzieckiem z zespołem Downa*. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 197–216). Warszawa: Difin.

Liberska, H., Suwalska, D. (2011a). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, *16*(1), 25–39.

Liberska, H., Suwalska, D. (2011b). *Znaczenie przywiązania dla funkcjonowania młodych dorosłych w związkach intymnych*. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Współczesne problemy współczesnych małżeństw i rodzin* (s. 69–86). Warszawa: Difin.

Lichter, D.T., Qian, Z. (2008). Serial cohabitation and the marital life course. *Journal of Marriage and the Family*, *70*, 861–878.

Lieberman, A.F. (1997). *Toddlers' internalization of maternal attributions as a factor in quality of attachment*. W: L. Atkinson, K. Zucker (red.), *Attachment and Psychopathology* (s. 277–299). New York: Guilford Press.

Lima, N.N., Nascimento, V.B. do, Carvalho, S.M. de, Abreu, L.C. de, Neto, M.L., Brasil, A.Q., Junior, F.T., Oliveira, G.F. de, Reis, A.O. (2013). Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 1417–1425.

Linde, Ch. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. New York–Oxford: Oxford University Press.

Ling, D.C., Wong, W.C., Ho, S.C. (2008). Are post-menopausal women „half-a-man"?: sexual beliefs, attitudes and concerns among midlife Chinese women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(1), 15–29.

Lips, H.M. (2005). *Sex and Gender: An Introduction*. Boston: McGraw Hill.

Lipska, A., Zagórska, W. (2011a). „Stająca się dorosłość" w ujęciu Jeffreya J. Arnetta jako rozbudowana faza liminalna rytuału przejścia. *Psychologia Rozwojowa, 1*, 9–21.

Lipska, A., Zagórska, W. (2011b). *Doświadczenie uczestnictwa w rytuałach rodzinnych a wchodzenie w dorosłość. Próba eksploracji empirycznej*. Referat wygłoszony na XX Jubileuszowej Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej „Wiedza o rozwoju w poznawaniu człowieka". Kraków: 13–16.06.2011.

Liu, B., Li, J., You, C., Liu, Y., Song, M. Fan, M, Li, K, Jiang, T. (2010). Haplotypes of catechol-O-methyltransferase modulate intelligence related brain white matter integrity. *Neurolmage*, *50*, 243–249.

Liu, X., Hairston, J., Schrier, M., Fan, J. (2011). Common and distinct networks underlying reward valence and processing stages: A meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *35*(5), 1219–1236.

Livingston, P.H. (1985). Union and disunion. *Studies in Formative Spirituality*, *6*, 241–253.

Lobato, D.J. (1990). *Brothers, Sisters, and Special Leeds: Information and Activities for Helping Young Siblings with Chronic Illinesses and Developmental Disabilities.* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (1986). *Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency*. W: M. Tonry, N. Morris (red.), *Crime and Justice* (t. 17, s. 29–149). Chicago: University of Chicago Press.

Logan, R.D. (1986). A reconceptualization of Erikson's Theory: the repetition of existential and instrumental themes. *Human Development*, *29*, 125–136.

Lonardo, R.A., Manning, W.D., Giordano, P.C., Longmore, M.A. (2010). Offending, substance use, and cohabitatin in yung adulthood. *Sociological Forum*, *25*(4), 787–803.

Lorenz, K. (1976). *I tak człowiek trafił na psa*. Warszawa: PIW.

Lowe, G., Foxcroft, D.R., Sibley, D. (2000). *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*. Warszawa: PARPA.

Lucas, R.E. (2005). Times does not heal all wounds: A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science*, *16*(12), 945–950.

Lucas, R.E. (2007). Adaptation and set-point model of subjective well-being: does happiness change after major events. *Current in Psychological Science*, *16*(2), 75–79.

Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa*. Gdańsk: GWP.

Lussier, G., Deater-Deckard, K., Dunn, J., Davies, L. (2002). Support across two generations: Children's closeness to grandparents following parental divorce and remarriage. *Journal of Family Psychology*, *16*, 363–376.

Lyddon, W.J., Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, *79*, 405– 414.

Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, *26*, 683–697.

Łepecka-Klusek, C. (2008). *Postawy życiowe partnerów w sytuacji niezamierzonej bezdzietności*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.

Łepecka-Klusek, C., Bokiniec, M. (1994). Samoocena mężczyzn z bezdzietnych par małżeńskich po uzyskaniu informacji o wartości nasienia. *Ginekologia Polska*, *65*, 24–28.

Łoś, M. (1999). *„Role społeczne" w nowej roli*. W: J. Machaj (red.), *Małe struktury społeczne* (s. 93–106). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Łoś, Z. (2010). Dyskusyjnie o klasyfikacji i pomiarze wzorów przywiązania. *Psychologia Rozwojowa*, *2*, 61–75.

Łukasiewicz, A. (2011). *Współczesne formy kohabitacji w Polsce – ujęcie teoretyczne*. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin* (s. 57–87). Warszawa: Difin.

Łukomska, K. (2011). *Posiadać więcej, ale czuć się gorzej*. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin* (s. 191–203). Warszawa: Difin.

Mabry, J.B., Giarrusso, R., Bengtson, V.L. (2007). *Generations, the life course, and family changes*. W: J. Scott, J. Treas, M. Richards (red.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Families* (s. 87–108). Oxford: Blackwell Publishing.

Maccoby, E.E. (1980). *Social Development: Psychological Growth and Parent-Child Relationship*. New York: Harcourt Brace Janovich.

Maccoby, E.E., Martin, J.A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent–child interaction*. W: P.H. Mussen, E.M. Hetherington (red.), *Handbook of Child Psychology*. T. 4: *Socialization, Personality, and Social Development* (s. 1–101). New York: Wiley.

Maciarz, A. (1998). *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Macklin, E.D. (1972). Heterosexual cohabitation among unmarried college students. *The Family Coordinator*, *21*(4), 463–472.

Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S., Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage – results from a UK-population-based case–control study. *BJOG*, *114*, 170–186.

Madeja, Z. (1997). *Model związków liniowych czy model systemowy rodziny?* W: *Materiały Konferencji „Rodzina polska u progu XXI wieku"* (s. 198–207). Łowicz: Wydawnictwo MWSH-P.

Magnuson, D. (1976). *Toward a Psychology of Situations*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associated Publishers.

Mahoney, A., Tarakeshwar, N. (2005). *Religion's role in marriage and parenting in daily life and during family crises*. W: R. Paloutzian, C. Park (red.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (s. 177–198). New York–London: The Guilford Press.

Mahoney, A., Pargament, K.I., Murray-Swank, A., Murray-Swank, N. (2003). Religion and the sanctification of family relationships. *Review of Religious Research, 40*, 220–236.

Mahoney, A., Pargament, K.I., Tarakeshwar, N., Swank, A. (2001). Religion in the home in the 1980s and 90s: A meta-analytic review and conceptual analysis of religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology*, *15*, 559–596.

Mahoney, A., Pargament, K.I., Jewell, T., Swank, A.B., Scott, E., Emery, E., Rye, M. (1999). Marriage and the spiritual realm: The role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, *13*, 1–18.

Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopatology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 237–243.

Maisonneuve, J. (1995). *Rytuały dawne i współczesne*. Gdańsk: GWP.

Makara-Studzińska, M., Morylowska-Topolska, J., Wdowiak, A., Bakalczuk, G., Bakalczuk, S. (2010). Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności. *Przegląd Menopauzalny*, *6*, 414–418.

Malinowski, A. (2011). *Poronienia nawracające i wielokrotne niepowodzenia zapłodnienia pozaustrojowego*. W: J. Radwan, S. Wołczyński (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany* (s. 299–320). Poznań: Wydawnictwo Termedia.

Mandal, E. (red.). (2012). *Masculinity and Femininity in Everyday Life*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Manning, W.D., Lamb, K. (2003). Parental cohabitation and adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, *65*, 876–893.

Manning, W.D., Lichter, D.T. (1996). Parental cohabitation and children's economic well-being. *Journal of Marriage and the Family*, *58*, 998–1010.

Manting, D., Bouman, A.M. (2006). Short and long term economic consequences of the dissolution of marital and consensual unions. The example of the Netherlands. *European Social Review*, *22*(4), 413–429.

Marat, E. (2006). *Problemy rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym*. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 235–244). Łódź: Wydawnictwo WSI.

Marchwicki, P. (2004). Style przywiązania a postawy rodzicielskie. Doniesienie z badań. *Roczniki Psychologiczne*, *2*, 81–103.

Margasiński, A. (2006). Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona. *Nowiny Psychologiczne*, *4*, 69–87.

Margasiński, A. (2009). *Polska adaptacja FACES IV – Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych.

Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa w terapii z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Markman, H.J., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Ragan, E.P., Whitton, S.W. (2010). The premarital communication roots of marital distress and divorce: The first five years of marriage. *Journal of Family Psychology*, *24*, 289–298.

Markus, H., Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, *98*, 224–253.

Martin, J.L., Ross, H.S. (2005). Sibling aggression: Sex differences and parents' reactions. *International Journal of Behavioral Development*, *29*, 129–138.

Martin, L.R., Friedman, H.S., Clark, K.M., Tucker, J.S. (2005). Longevity following the experience of parental divorce. *Social Science* & *Medicine*, *61*, 2177–2189.

Martin, P.D., Martin, M., Martin, D. (2001). Adolescent premarital sexual activity cohabitation, and attitudes toward marriage. *Adolescence*, *36*(143), 601–609.

Martin, P.D., Specter, G., Martin, M., Martin, D. (2003). Expressed attitudes of adolescents toward marriage and family life. *Adolescence*, *38*(150), 359–368.

Martini, M. (1996). „What's new?" at the dinner table: Family dynamics during mealtimes in two cultural groups in Hawaii. *Early Development and Parenting*, *5*, 23–34.

Maruszewski, T. (2005). *O dwoistości pamięci autobiograficznej*. W: E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl, P. Oleś (red.), *Polifonia osobowości: Aktualne problemy psychologii narracji* (s. 13–31). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Marvin, R.S., Britner, P.A. (2008). *Normative development: The ontogeny of attachment.* W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Hanbook and Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (s. 269–294). New York, London: The Guilford Press.

Mastekaasa, A. (2006). Is marriage/cohabitation beneficial for young people? Some evidence on psychological distress among Norwegian college students. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *16*, 149–165.

Masters, W.H., Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little & Brown.

Matejek, J. (2003). *Rodzina zastępcza jako forma opieki nad dzieckiem osieroconym.* W: A. Kalus (red.), *W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej* (s. 137–145). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

McClure, E., Saleem, S., Pasha, O., Goldenberg, R.L. (2009). Stillbirth in developing countries: Review of causes, risk factors and prevention strategies. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *22*, 183–190.

McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1477–1486.

McCord, J. (1991). The cycle of crime and socialization practices. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, *82*, 211–228.

McCord, J. (1999). Interventions: Punishment, diversion, and alternative routes to crime prevention. W: A.K. Hess, I.B. Weiner (red.), *The Handbook of Forensic Psychology* (wyd. 2, s. 559–579). New York: Wiley.

McCreight, B.S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health and Illness*, *26*, 326–350.

McCubbin, H.I., Figley, C.R. (1983). *Stress and the Family: Coping with Normative Transitions*. New York: Brunner/Mazel.

McCubbin, H.I., McCubbin, M.A. (2001). *Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises*. W: M.A. McCubbin, A.I. Thompson, H.I. McCubbin (red.), *Family Measures: Stress, Coping and Resilience – Inventories for Research and Practice* (s. 1–62). Hawaii: Kamehameha Schools.

McCubbin, H.I., Patterson, J.M. (1983). *Family stress and adapation to crises: A Double ABCX Model of family behawior*. W: D.H. Olson, R.C. Miller (red.), *Family Studies Review Yearbook* (t. 1, s. 87–106). Beverly Hills, CA: Sage.

McCubbin, H.I., McCubbin, M.A., Thompson, A.I., Thompson, E.A. (1998). *Resilience in ethnic families*. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson. J.E. Fromer (red.), *Resilience in Native American and Immigrant Families* (s. 3–48). California: Sage.

McCubbin, M.A., McCubbin, H.I. (1993). *Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation*. W: C. Danielson, B. Hamel-

Bissell, P. Winstead-Fry (red.), *Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and Intervention* (s. 21–64). St. Louis, MO: Mosby.
McDaniel, S.H., Hepworth, J., Doherty, W.J. (1992). *Medical Family Therapy*. New York: Basic Books.
McDounald, A.C., Carson, K.L., Palmer, D.J., Slay, T. (1982). Physician's diagnostic information to parents of handicapped neonates. *Mental Retardation*, *20*, 12–14.
McGoldrick, M., Carter, B. (1989a). *Forming a remarried family*. W: B. Carter, M. McGoldrick (red.), *The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy* (s. 399–432). Boston: Allyn and Bacon.
McGoldrick, M., Carter, B. (1989b). *The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
McGoldrick, M., Carter, E.A. (1982). *The family life cycle*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 375–398). New York: The Guilford Press.
McGoldrick, M., Gerson, R., Shellenberger, S. (2007). *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*. Poznań: Zysk i S-ka.
McGraw, S., Walker, A. (2004). Gendered family relations: The more things change, the more they stay the same. W: M. Coleman, L. Ganong (red.), *Handbook of Contemporary Families. Considering the Past, Contemplating the Future* (s. 174–191). Thousand Oaks, CA: Sage.
McIntyre, A., Heron, R.L., McIntyre, M.D., Burton, S.J., Engler, J.N. (2003). College students from families of divorce: Keys to their resilience. *Applied Developmental Psychology*, *24*, 17–31.
McKay, M., Davis, M., Fanning, P. (2002). *Komunikacja w rodzinie*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów* (s. 425–436). Warszawa: WN PWN.
Mc Kelvey, J., Borgersen, M. (1990). Family development and the use of diabetes groups: Experience with a model approach. Patient Education and Counseling, 16(1), 61–67.
McLean, K., Fournier, M. (2008). The content and processes of autobiographical reasoning in narrative identity. *Journal of Research in Personality*, *42*, 527–545.
McMahon, C.A., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., Tennant, C. (2003). Parents of 5-year-old in vitro fertilization children: Psychological adjustment, parenting stress, and the influence of subsequent in vitro fertilization treatment. *Journal of Family Psychology*, *17*, 361–369.
Mead, M. (1978). *Kultura i tożsamość*. Warszawa: PWN.
Mead, M. (1986a). *Płeć i charakter w trzech społecznościach pierwotnych*. Warszawa: PIW.
Mead, M. (1986b). *Trzy studia*. Warszawa: PIW.
Meadow, M., Kahoe, R. (1984). *Psychology of Religion: Religion in Indywidual Live*. New York: Harper and Row.
Meadows, S.O. (2009). Family structure and faters' well-being: Trajectories of mental health and self – rated health. *Journal of Health and Social Behavior*, *50*, 115–131.
Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress*, *2*(2), 2–6.

Mednick, S.A., Gabrielli, W.F., Hutchings, B. (1984). Genetic factors in criminal behaviour: evidence from an adoption cohort. *Science*, *224*, 891–893.

Merari, D., Chetrit, A., Modan, B. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An inter-spouse study. *Psychology and Health*, *17*, 629–640.

Merelle, M.E., Huisman, J., Alderden-van der Vecht, A., Taat, F., Bezemer, D., Griffioen, R.W., Brinkhorst, G., Dankert-Roelse, J.E. (2003). Early versus late diagnosis: Psychological impact on parents of children with cystic fibrosis. *Pediatrics*, *111*, 346–350.

Michael, R., Gagnon, J., Laumann, E., Kolata, G. (1994). *Sex in America. A Definite Survey*. Boston: Little Brown.

Mika, S. (1987). *Psychologia społeczna*. Warszawa: PWN.

Miklikowska, M., Hurme, H. (2011). Democracy begins at home: Democratic parenting and adolescents' support for democratic values. *European Journal of Developmental Psychology*, *8*, 541–557.

Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P.R., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive conseguences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77–102.

Milewska, E. (2003). *Charakterystyka motywacji do adopcji dziecka na podstawie badań kandydatów na rodziców adopcyjnych*. W: A. Kalus (red.), *W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej* (s. 163–177). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Milewska, E., Szymanowska, A. (2000). *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. Warszawa: CMPP-P MEN.

Miller, L.E., Grabel, A., Thomas, A., Bermann, E., Graham-Bermann, S. (2012). The associations between community violence, television violence, intimate partner violence, parent-child aggression, and aggression in sibling relationships of a sample of preschoolers. *Psychology of Violence*, *2*(2), 165–178.

Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., Epstein, N.B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, *22*, 168–189.

Miller, K. (2004). Assisted reproduction may change birth intentions. *Fertility and Sterility*, *81*, 572–581.

Miller, R.S., Perlman, D., Brehm, S.S. (2007). *Intimate Relationships* (wyd. 4). Boston: McGraw-Hill.

Miluska, J. (2009). *Asymilator kulturowy, czyli o sztuce doświadczania innej kultury*. W: T. Lewowicki, A. Szczurek-Boruta, B. Grabowska (red.), *Społeczne uwarunkowania edukacji międzykulturowej. Problemy praktyki oświatowej* (s. 29–40). Cieszyn–Warszawa–Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Miłoszewska, J. (2012). *Zachowania przywiązaniowe a jakość więzi małżeńskich osób z krótkim stażem małżeńskim*. W: S. Bukalski (red.), *Teoria przywiązania i jakość więzi. Analizy empiryczne* (s. 193–233). Szczecin: Volumina.

Minuchin, S. (1972). *Structural family therapy*. W: G. Caplan (red.), *American Handbook of Psychiatry* (wyd. 2, s. 178–192). New York: Basic.
Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
Minuchin, S. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, *56*, 289–302.
Moerk, E. (1973). Like father like son: Imprisonment of fathers and the psychological adjustment of sons. *Journal of Youth and Adolescence*, *2*, 303–312.
Moir, A., Jessel, D. (1993). *Płeć mózgu.* Warszawa: PIW.
Morrison, D.R., Cherlin, A.J. (1995). The divorce process and young children well-being: A prospective analysis. *Journal of Marriage and the Family*, *57*, 800–812.
Mortensen, O., Torsheim, T., Melkevik, O., Thuen, F. (2012). Adding a baby to the equation: Married and cohabiting women's relationship satisfaction in the transition to parenthood. *Family Process*, *51*(1), 122–139.
Moss, E., St-Laurent, D., Parent, S. (1999). *Disorganized attachment and developmental risk at school age*. W: C. George, J. Solomon (red.), *Attachment Disorganization* (s. 160–187). New York: Guilford.
Mostwin, D. (1991). *Przestrzeń życiowa rodziny. Ekologiczny model terapii rodziny w stanie kryzysu*. Warszawa: Wydawnictwo SYNAPSIS.
Mudyń, K. (red.). (2013). *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Muldoon, O., Mc Laughlin, K., Trew, K. (2007). Adolescents' perceptions of national identification and socialization: A grounded analysis. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*, 579–594.
Murdock, P.M. (1949). *Social Structure*. New York: Free Press.
Murray, R., Zentner, J. (1989). *Nursing Concepts for Health Promotion*. Hertfordshire: Prentice Hall International (UK).
Murray-Swank, A., Mahoney, A., Pargament, K.I. (2003). *Sanctification of Parenting: Influences on Corporal Punishment and Warmth by Liberal and Conservative Christian Mothers.* Nieopublikowany manuskrypt.
Mussen, P.H. (1970). *Podręcznik metod badania rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
Mustonen, U., Huurre, T., Kiviruusu, O., Haukkala, A., Aro, H. (2011). Long-term impact of parental divorce on intimate relationship quality in adulthood and the mediating role of psychosocial resources. *Journal of Family Psychology*, *25*, 615–619.
Muszyński, H. (1971). *Wstęp do metodologii pedagogiki*. Warszawa: PWN.
Myers, B.J., Smarsh, T.M., Amlund-Hagen, K., Kennon, S. (1999). Children of incarcerated mothers. *Journal of Child and Family Studies*, *8*, 11–25.
Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: IPiN.
Namysłowska, I., Barbaro, B. de, Paszkiewicz, E., Siewierska, A., Furgał, M., Drożdżowicz, L., Józefik, B., Beauvale, A. (2002). Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny. *Psychiatria Polska*, t. XXXVI, *1*, 17–28.
Namysłowska, I., Siewierska, A. (1993). Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *2*, 351–357.

Nave-Herz, R. (2002). *Wanden und Kontinuität in der Bedeutung, in der Struktur und Stabilität von Ehe und Familie in Deutschland*. W: R. Nave-Herz (red.), *Kontinuität und Wandel der Familie in Deutschland* (s. 45–69). Stuttgard: Enke.

Nave-Herz, R. (2003). *Familie zwischen Tradition und Moderne.* Oldenburg: Bibliotheks– und Informatiosystem der Universität.

Newcomer, S., Udry, J.R. (1987). Parental marital status effects on adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family*, *49*, 235–240.

Nęcki, Z. (2000). *Komunikacja międzyludzka.* Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.

Nichols, W. (2013). *Roads to understanding family resilience: 1920s to the twenty-first century*. W: D.S. Becvar (red.), *Handbook of Family Resilience* (s. 3–16). New York: Springer.

Nickman, S.L. (1985). Losses in adoption: The need for dialogue. *Psychoanalytic Study of the Child*, *40*, 365–398.

Niebrzydowski, L. (1988). *Rodzinne uwarunkowania kontaktów interpersonalnych dzieci i młodzieży.* Wrocław: Ossolineum.

Nikitorowicz, J. (2001). *Pogranicze. Tożsamość. Edukacja międzykulturowa*. Białystok: Trans Humana.

Nilholm, C., Salio, R. (1996). Co-action situation definitions and sociocultural experience: An empirical study of problem-solving in mother-child interaction. *Learning and Instruction*, *4*(6), 325–344.

Nixon, E., Greene, S., Hogan, D. (2012). Like an uncle but more less than a father – Irish children`s relationships with nonresident fathers. *Journal of Family Psychology*, *26*(3), 381–390.

Nowak, M. (2005). *Komunikacyjny i relacyjny wymiar wychowania w rodzinie*. W: H. Cudak, H. Holka (red.), *Współczesna rodzina polska – jej stan i perspektywy* (t. 2, s. 9–22). Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda.

Nussbaum, J.F. (red.). (1989). *Life-Span Communication: Normative Processes.* New Jersey: Hillsdale.

O'Connor, T.G., Insabella, G.M. (1999). Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment Marital satisfaction, relationships, and roles. *Monographs of the Society for Research on Child Development*, *64*(4), 50–78.

O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *7*, 7–18.

O'Rand, A.M., Krecker, M.L. (1990). Concepts of the life cycle: their history, meanings, and uses in the social sciences. *Annual Review of Sociology*, *16*, 241–262.

Obuchowska, I. (1993). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie: zarys problemów*. W: R. Ossowski (red.), *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Materiały z konferencji naukowej w Bydgoszczy w dniach 27–28 XI 1992 r.* (s. 11–25). Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.

Obuchowska, I. (1996). *Drogi dorastania*: *psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa: WSiP.

Obuchowska, I. (2000). Agresja dzieci w perspektywie rozwojowej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, *9*, 3–11.
Obuchowska, I. (2007). *Dzieci małe i duże: jak je kochać i rozumieć*. Poznań: Media Rodzina.
Obuchowska, I. (2008). *Nasze dzieci. Jak je kochać*. Poznań: Media Rodzina.
Obuchowska, I. (2012). *Dorastanie – między mocą a bezsilnością*. W: Z. Izdebski (red.), *Zagrożenia okresu dorastania* (s. 15–21). Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza UZ.
Obuchowska, I. (red.). (2005). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
Obuchowska, I., Twardowski, A., Kowalewski, L., Muszyńska, E., Brzezińska, A. (2008). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
Ochojska, D. (1994). Człowiek chory w rodzinie – procesy zmagania się z sytuacją. *Problemy Rodziny*, *6*, 19–22.
Ochojska, D., Radochoński, M. (1997). Choroba w rodzinie: style zmagania się z sytuacją trudną. *Problemy Rodziny*, *5–6*, 39–43.
Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły.* Warszawa: Difin.
Ogrodowska, B. (2011). *Polskie tradycje i obyczaje rodzinne*. Warszawa: Muza.
Okrzesik, M. (2002). *Stałość i zmienność wartości związanych z życiem rodzinnym w sytuacji kryzysowej urodzenia się pierwszego dziecka*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.
Olechnowicz, H. (2010). Terapia dzieci z niepełnosprawnością intelektualną: programy i metody. Warszawa: WN PWN.
Olson, D.H. (1981). Family typologies: Bridging family research and family therapy. W: E. Filsinger, R.A. Lewis (red.), *Assessing Marriages* (s. 53–69). Beverly Hillls, CA: National Council on Family Relations [by] Sage.
Olson, D.H. (1993). *Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 104–137). New York: Guilford Press.
Olson, D.H. (1995). *Family systems: Understending your roots*. W: R. Day, K. Gilbert, B. Settles, W. Burr (red.), *Research and Theory in Family Science* (s. 131–153). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Olson, D.H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *37*(1), 64–80.
Olson, D.H., Gorall, D. (2006). *FACES IV and the Circumplex Model*. Minnesota: Life Innovations.
Olson, D.H., Russell, C.S., Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex Model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, *22*, 69–83.
Olson, D.H., Russell, C.S., Sprenkle, D.H. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: Haworth Press.
Olson, D.H., Sprenkle, D.H., Russell, C. (1979). Circumplex Model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, *18*, 3–28.

Olweus, D. (1979). Stability and aggresive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, *86*, 852–875.

Onat, G., Beij, N.K. (2012). Marital relationships and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, *30*, 39–52.

Orlebeke, J.F., Knol, D.L., Boomsma, D.I., Verhulst, F.C. (1998). Frequency of parental report of problem behavior in children decreases with increasing maternal age at delivery. *Psychological Reports*, *82*(2), 395–404.

Orthner, D.K., Jones-Sanpei, H., Williamson, S.A. (2003). Family strength and income in households with children. *Journal of Family Social Work*, *7*(2), 5–23.

Osborne, C., McLanahan, S. (2007). Partnership insability and child well-being. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 1065–1083.

Osborne, C., Manning, W.D., Smock, P.J. (2007). Married and cohabiting parents' relationship stability: A focus on race and ethnicity. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 1345–1366.

Oser, F., Gmünder, P. (1992). *Der Mensch. Stufen seiner religiösen Entwicklung. Ein strukturgenetischer Ansatz.* Gütersloh: Mohn.

Ostoja-Zawadzka, K. (1994). Cykl życia rodzinnego. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 18–31). Kraków: Collegium Medicum UJ.

Overbeek, G., Vollebergh, W., Graaf, R. de Scholte, R., Kemp, R.R. de, Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of *DSM–III–R* Disorders. *Journal of Family Psychology*, *20*, 284–291.

Owens, G., Crowell, J., Pan, H., Treboux, D., O`Connor, E., Waters, E. (1995). *The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners*. W: E. Waters, B. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (red.), *Caregiving, Cultural and Cognitive Perspectives on Secure-base Behavior and Working Models: New Growing Points of Attachment Theory and Research* (s. 216–233). Chicago: University of Chicago Press.

Pagani, L., Boulerice, B., Tremblay, R.E., Vitaro, F. (1997). Behavioural development in children of divorce and remarriage. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 769–781.

Pająk-Kowalska, M. (2003). *Specyfika relacji matki z dzieckiem w okresie prenatalnym a rozwój dziecka w pierwszym półroczu życia.* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UAM, Poznań.

Palkovitz, R. (2002). *Involved Fathering and Men's Adult Development: Provisional Balances.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Palacios, J., Moreno, M. (1996). *Parents' and adolescents' ideas on children: Origins and transmission of intracultural diversity*. W: S. Harkness, Ch. Super (red.), *Parents' Cultural Belief System: Their Origins Expressions and Consequences* (s. 215–253). New York–London: The Guilford Press.

Palacios, J., Oliva, A. (1999). *Parents' and Teachers' Ideas on Children: An European Perspective*. Referat wygłoszony na IX European Conference on Developmental Psychology. Island of Spetses (Grecja): 01–05.09.1999.

Palacios, J., Gonzáles, M.M., Moreno, M.C. (1992). *Stimulating the child in the zone of proximal development: The role of parents ideas*. W: I.E. Sigel, A.V. McGillicuddy-De Lisi, J.J. Goodnow (red.), *Parental Believe System: The Psychological Consequences for Children* (s. 71–93). Hilsdale: Lawrence Erlbaum Assoc.

Pals, J., McAdams, D. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, *15*, 65–69.

Palus, K. (2006). Rola rodziny w kształtowaniu ról i stereotypów płciowych. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *17*, 187–202. Poznań: WN UAM.

Pankalla, A. (2000). *Psychologia mitu. Kultury tradycyjne a współczesność*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Pankalla, A. (2013). *Mitocentryczna psychologia kulturowa Ernesta Boescha*. Poznań: WN WAM.

Pantke, R., Slade, P. (2006). Remembered parenting style and psychological well-being in young adults whose parents had experience early child loss. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*, 69–81.

Papernow, P.L. (1984). The stepfamily cycle: An experiential model of stepfamily development. *Family Relations*, *33*, 355–363.

Papernow, P.L. (2006). „Blended family" relationships: Helping people who live in stepfamilies. *Family Therapy Magazine*, *5*, 34–42.

Paprzycka, E. (2008). *Kobiety żyjące w pojedynkę. Między wyborem a przymusem*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak".

Parent, J., Jones, D.J. Forehand, R., Cuellar, J., Shoulberg, E.K. (2013). The role of coparents in African American single-mother families: The indirect effect of coparent identity on youth psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, *27*(2), 252–262.

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press.

Pargament, K.I., Magyar, G.M., Benore, E., Mahoney, A. (2005). Sacrilege: A study of sacred loss and desecration and their implications for health and well-being in a community sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *44*, 59–78.

Parke, R.D., Slaby, R.G. (1983). *The development of aggression*. W: P.H. Mussen (red.), *Carmichael's Manual of Child Psychology* (t. 4, s. 547–641). New York: Wiley.

Parmar, P., Harkness, S., Super, Ch. (2004). Asian and Euro-American parents' ethnotheories of play and learning: Effects on preschool children's home routines and school behavior. *International Journal of Behavioral Development*, *28*(2), 97–104.

Parsons, J.E., Adler, T.F., Kaczala, C.M. (1982). Socialization of achievement attitudes and beliefs: Parental influences. *Child Development*, *53*(2), 310–321, http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1982.tb01320.x.

Pasley, K., Rhoden, L., Visher, E.B., Visher, J.S. (1996). Successful stepfamily therapy: Clients' perspectives. *Journal of Marriage and Family Therapy*, *22*, 343–357.

Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, *41*, 432–444.

Patterson, G.R., Reid, J.B. (1970). *Reciprocity and coercion. Two faces of social system*. W: C. Neuringer, J. Michael (red.), *Behaviour Modification in Clinical Psychology* (s. 133–177). New York: Appelton Century Crofts.
Patterson, J.M. (2002a). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, *64*(2), 349–360.
Patterson, J.M. (2002b). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 234–246.
Patterson, J.M., Garwick, A.W. (1998). *Theoretical linkages. Family meanings and sense of coherence*. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson, J.E. Fromer (red.), *Stress, Coping, and Health in Families. Sense of Coherence and Resilience* (s. 71–89). California: Sage.
Paul, M.S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., Maleve, A.F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, *25*, 133–141.
Pearce, L.D., Axinn, W.G. (1998). The impact of family religious life on the quality of mother-child relations. *American Sociological Review*, *63*, 810–828.
Pearson, C. (1995). *Nasz wewnętrzny bohater*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
Pecyna, M.B. (1993). *Człowiek i choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Peeters, T. (1996). Wpływ autyzmu na życie rodzinne. *Dziecko Autystyczne*, *4*, 14–27.
Perlmutter, M., Hall, E. (1992). *Adult Development and Aging*. Toronto: Wiley.
Pervin, L.A. (1993). *Personality: Theory and Research*. New York: Wiley.
Pervin, L.A. (2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: GWP.
Peterson, C. (2006). *The values in action (VIA) classification of strengths*. W: M. Csikszentmihalyi, I.S. Csikszentmihalyi (red.), *A life worth living: contributions to Positive Psychology* (s. 29–48). New York: Oxford University Press.
Peterson, C. (2009). Positive psychology. *Reclaiming Children and Youth*, *18*(2), 3–7.
Peterson, C. (2013). The strengths revolution: A positive psychology perspective. *Reclaiming Children and Youth*, *21*(7), 7–14.
Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press.
Petri, H. (2001). *Czy rozstanie może być nowym początkiem?* Warszawa: Klub dla Ciebie.
Petri, H. (2008). *Przetrwać rozwód*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
Piaget, J. (1964). *Development and learning.* W: M. Gauvain, M. Cole (red.), *Readings on the Development of Children* (s. 7–20). New York: Freeman & Company.
Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.
Piaget, J. (1967). *Rozwój ocen moralnych dziecka*. Warszawa: PWN.
Piaget, J. (2011). *Jak sobie dziecko wyobraża świat*. Warszawa: WN PWN.
Piaget, J., Inhelder, B. (1993). *Psychologia dziecka*. Wrocław: Siedmioróg.
Piasecka, B. (2013). *Międzypokoleniowa desygnacja w wyborze profesji*. W: K. Mudyń (red.), *W poszukiwaniu międzypokoleniowej transmisji wzorców zachowań postaw i wartości* (s. 245–284). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Piekut-Burzyńska, S. (2010). *Emigracja zarobkowa rodziców a zaburzenia w funkcjonowaniu dzieci*. W: I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach*

rodzinnych (s. 49–56). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Pietrasiński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: WP.
Pietrzyk, A. (2006). *Ta choroba w rodzinie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Pillemer, D. (1998). *Momentous Events Vivid Memories*. Cambridge, MA–London: Harvard University Press.
Pinsof, W.M. (1992). Toward a scientific paradigm for family psychology: The integrative process systems perspective. *Journal of Family Psychology*, *5*(3–4), 432–447.
Pinsof, W.M. (2002). The death of „Till heath Us Do Part": The transformation of pair-bonding in the 20th century. *Family Process*, *41*(2), 135–157.
Pisula, E. (1992). Stres rodzicielski i zespół wypalania się sił u rodziców dzieci autystycznych. Nieopublikowana praca doktorska, Wydział Psychologii UWr., Wrocław.
Pisula, E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia.* Gdańsk: GWP.
Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
Planitz, J.M., Feeney, J.A. (2009). Are stepsiblings bad, stepmothers wicked, and stepfathers evil? An assessment of Australian stepfamily stereotypes. *Journal of Family Studies*, *15*(1), 82–97.
Plopa, M. (2003). *Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka*. W: B. Wojciszke, M. Plopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie* (s. 49–79). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Plopa, M. (2007a). *Psychologia rodziny: teoria i badania* (wyd. 4). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Plopa, M. (2007b). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań* (wyd. 3). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Plopa, M. (2008). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych*. Warszawa: Vizja Press & IT.
Plopa, M. (2010). *Rodzina wobec wyzwań współczesności*. Wykład przedstawiony podczas I Interdyscyplinarnej Konferencji Doktorantów Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Bydgoszcz: 19–20.11.2010.
Plopa, M. (2011a). *Psychologia rodziny teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Plopa, M. (2011b). *Rodzicielstwo jako wyzwanie dla małżeństwa*. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin* (s. 15–42). Warszawa: Difin.
Plopa, M. (2012). *Rodzice a młodzież.* Warszawa: Vizja Press & IT.
Płaczek, A. (2012). *Postawy rodzicielskie w kontekście teorii przywiązania Johna Bowlby'ego.* W: S. Bukalski (red.), *Teoria przywiązania i jakość więzi. Analizy empiryczne* (s. 11–35). Szczecin: Volumina.
Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku (2013). Warszawa: GUS,

www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2012.pdf (dostęp: 20.08.2013).
Pommersbach, J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, *2*, 503–525.
Ponjaert-Kristoffersen, I., Tjus, T., Nekkebroeck, J., Squires, J., Verte, D., Heimann, M., Bonduelle, M., Palermo, G., Wennerholm, U.-B. (2004). Psychological follow-up study of 5-year-old ICSI children. *Human Reproduction*, *19*, 2791–2797.
Popenoe, D. (1996). *Life without Father*. *Compelling New Evidence that Fatherhood and Marriage are Indispensable for the Good of Children and Society*. Cambridge: Harvard University Press.
Popenoe, D., Whitehead, B.D. (2004). *The State of our Unions. The National Marriage Project.* Rutgers: The State University of New Jersey.
Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, *2*, 146–155.
Poraj, G. (1988a). *Rodzinne uwarunkowania w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych dzieci jedynych i mających rodzeństwo*. W: L. Niebrzydowski (red.), *Rodzinne uwarunkowania kontaktów interpersonalnych dzieci i młodzieży* (s. 65–133). Wrocław: Ossolineum.
Poraj, G. (1988b). Stosunki emocjonalno-społeczne w rodzinach dzieci jedynych i mających rodzeństwo. *Problemy Rodziny*, *1*, 18–23.
Poraj, G. (2005). *Agresja małego dziecka: uwarunkowania, przejawy i kontrolowanie*. W: H. Mazur, A. Rudyk, L. Telka (red.), *Wspólnie z dzieckiem. O wspieraniu rozwoju małego dziecka* (s. 405–414). Łódź: Oficyna Wydawnicza Tercja.
Poraj, G. (2006). *Rodzina a agresywne zachowanie dzieci – perspektywa rozwojowa*. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 199–216). Łódź: Wydawnictwo WSI.
Poraj, G. (2011). *Biologiczne, psychologiczne i społeczne podłoże a kontrola i profilaktyka zachowań agresywnych.* W: D. Borecka-Biernat (red.), *Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży w kontekście trudnych sytuacji szkolnych i pozaszkolnych* (s. 169–191). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
Pospiszyl, K. (1986). *Psychologia kobiety*. Warszawa: PWN.
Potměšil, M., Pospíšil, J. (2013). Resilience factors in families of children with hearing impairment. *Psychologia Rozwojowa*, *18*(1), 9–25.
Prajsner, M. (2008). Rytuały rodzinne w profilaktyce. *Remedium*, *11*, 24–25.
Prajsner, M. (2009). Rytuały rodzinne a rozwój psychospołeczny adolescentów. *Remedium*, *3*, 22–23.
Praszkier, R. (1992). *Zmieniać nie zmieniając – ekologia problemów rodzinnych*. Warszawa: WSiP.
Prawo o aktach stanu cywilnego (2011). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Ministerstwa Sprawiedliwości.

Price, S.K. (2008). Stepping back to gain perspective: Pregnancy loss history, depression, and parenting capacity in the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B). *Death Studies*, *32*, 97–122.

Pryor, J., Roberts, J. (2005). What is commitment? How married and cohabiting parents talk about their relationship. *Family Matters*, *71*, 24–31.

Przemoc w rodzinie. Statystyki policyjne (2013), www.statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzinie.html (dostęp: 12.09.2013).

Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1994). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: WN PWN.

Puddifoot, J.E., Johnson, M.P. (1999). Active grief, despair, and difficulty coping: some measured characteristics of male response following their partner's miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *17*, 89–93.

Queen, S.A., Habenstein, R.W. (1967). *The family in various cultures*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Quine, L., Rutter, D.R. (1994). First diagnosis of severe mental and physical disability: A study of doctor-parent communication. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, *35*, 1273–1287.

Quinones-Mayo, Y., Dempsey, P. (2005). Finding the bicultural balance: Immigrant Latino mothers raising „American" adolescents. *Child Welfare*, *84*(5), 649–667.

Radkowska-Walkowicz, M. (2012). The creation of „monsters": The discourse of opposition to in vitro fertilization in Poland. *Reproductive Health Matters*, *20*, 30–37.

Radkowska-Walkowicz, M. (2013). *Doświadczenie in vitro*. Warszawa: Wydawnictwa UW.

Radochoński, M. (1984). *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym.* Rzeszów: Wydawnictwo WSP.

Radochoński, M. (1986). Rodzina jako system psychospołeczny. *Problemy Rodziny*, *5*, 13–20.

Radochoński, M. (1987). *Choroba a rodzina.* Rzeszów: Wydawnictwo WSP.

Radochoński, M. (1991). Rola rodziny w zmaganiu się ze stresem wywołanym chorobą somatyczną. *Problemy Rodziny*, *6*, 6–10.

Radochoński, M. (2003). *Rodzina dysfunkcjonalna a zdrowie psychiczne i somatyczne jednostki*. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 149–185). Poznań: WN UAM.

Radwan, J. (2011). *Epidemiologia niepłodności*. W: J. Radwan, S. Wołczyński (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany* (s. 11–14). Poznań: Wydawnictwo Termedia.

Radwan, J., Wołczyński, S. (red.). (2011). *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.

Radwan, M. (2011). *Zapłodnienie pozaustrojowe*. W: J. Radwan, S. Wołczyński (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany* (s. 179–215). Poznań: Wydawnictwo Termedia.

Radwan, M., Radwan, P., Kurzawa, R. (2011). *Przebieg ciąży i dzieci urodzone po leczeniu niepłodności*. W: J. Radwan, S. Wołczyński (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany* (s. 321–331). Poznań: Wydawnictwo Termedia.

Raeymaeckers, P., Dewilde, C., Snoeckx, L., Mortelmans, D. (2008). Childcare strategies of divorced mathers in Europe: A comperative analysis. *European Social Review*, *24*(1), 115–131.

Raghavan, Ch., Harkness, S., Super, Ch. (2010). Parental etnotheories in the context of immigrant: Asian Indian immigrant and Euro-American mothers and daughters in an American town. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *41*(4), 618–632.

Rajewska-Rynkowska, K. (2005). *Przywiązanie i trauma a psychopatologia*. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościniak (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 223–246). Poznań: WN UAM.

Raley, R.K., Wildsmith, E. (2004). Cohabitation and children's family instability. *Journal of Marriage and Family*, *66*, 210–219.

Ranschburg, J. (1980). *Lęk, gniew, agresja.* Warszawa: WSiP.

Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (2002), http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/CustomSelectData.aspx (dostęp: 12.09.2013).

Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologii.* Warszawa: WN Scholar.

Regan, P.C. (2000). The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships. *Social Behavior and Personality*, *28*(1), 51–60.

Regnerus, M.D. (2003). Religion and positive adolescent outcomes: A review of research and theory. *Review of Religious Research*, *44*, 394–413.

Regnerus, M.D., Elder, G.H. Jr. (2003). Staying on track in school: Religious influences in high- and low-risk settings. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *42*(4), 633–649.

Reichard, U.H., Boesch, Ch. (2003). *Monogamy: Mating Strategies and Partnerships in Birds, Humans, and Other Mammals.* Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Reinhold, S. (2010). Reassessing the link between premarital cohabitation and marital instability. *Demography*, *44*(3), 719–733.

Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality.* Cambridge, MA.: Harvard University Press.

Rembowski, J. (1972). *Więzi uczuciowe w rodzinie*. Warszawa: PWN.

Rembowski, J. (1978). *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa: WSIP.

Rembowski, J. (1986a). *Rodzina jako system powiązań*. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (s. 127–142). Warszawa: PWN.

Rembowski, J. (1986b). *Rodzina w świetle psychologii* (wyd. 2 popr i rozsz.). Warszawa: WSiP.

Rembowski, J. (1989). *Empatia.* Warszawa: PWN.

Reykowski, J. (1976). O rozwoju osobowości. *Psychologia Wychowawcza*, *3*.

Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L. (2010). Is love passion an additive disorder? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*, 261–267.

Rhee, S.H., Waldman, I.D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, *128*, 490–529.

Rhoades, G.K., Kamp Dush, C.M., Atkins, D.C., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2011). Breaking up is hard to do: The impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *22*(3), 366–374.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Kelmer, G., Markman, H.J. (2010). Physical aggression in unmarried relationships: The roles of commitment and constraints. *Journal of Family Psychology*, *24*(6), 678–687.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2006). Pre-engagement cohabitation and gender asymmetry in marital commitment. *Journal of Family Psychology*, *20*(4), 553–560.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2009a). Couples relations for cohabitation: Assotiations with individual well-being and relationship quality. *Journal of Family Issues*, *30*(2), 233–258.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2009b). The Pre-engagement cohabitation effect: A replication and extension of previous findings. *Journal of Family Psychology*, *23*(1), 107–111.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2012a). A longitudinal investigation of commitment dynamics in cohabiting relationships. *Journal Family Issues*, *33*(3), 369–390.

Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2012b). The impact of the transition to cohabitation on relationship functioning: Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Family Psychology*, *26*(3), 348–358.

Rholes, W.S., Simpson, J.A., Campbell, L., Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 421–435.

Rice, F.P. (1998). *Human Development. A Life-Span Approach*. Upper Saddle River: Prentice Hall Inc.

Ricoeur, P. (1969). *Le conflit des interpretations. Essais d'herméneutique*. Paris: Editions du Seuil.

Ricoeur, P. (1985). *Egzystencja i hermeneutyka: Rozprawy o metodzie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Ricoeur, P. (1994). Misja słowa. *Przegląd Powszechny*, *1*, 32–40.

Robinson, D. (1971). *The Process of Becoming Ill*. London: Routledge & Kegan Paul.

Robinson, M. (2005). *Family Transformation throught Divorce and Remarriage. A Systemic Approach*. New York: Taylor & Francis.

Rocznik demograficzny 2012 (2012). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.

Rocznik demograficzny 2013 (2013). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.

Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012 (2012). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.

Rode, D. (2003). *Przemoc wewnątrzmałżeńska – przejawy i psychospołeczne uwarunkowania*. W: G. Poraj, J. Rostowski (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego* (s. 180–192). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Rodger, S., Tooth, L. (2004). Adult siblings' perceptions of family life and loss: A pilot case study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *16*(1), 53–71.

Rodrigues, A.E., Hall, J.H., Fincham, F.D. (2006). *What predicts a divorce and relationship dissolution*. W: M.A. Fine, J.H. Harvey (red.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (s. 85–112). New York–London: Routledge.

Rogala-Obłękowska, J. (1999). *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych UW.

Rogers, C.G. (1980). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe.* Warszawa: Thesaurus Press.

Rohner, R.P. (1994). *Patterns of parenting: The warmth dimension in worldwide perspective*. W: W.J. Lonner, R.S. Malpass (red.), *Psychology and Culture* (s. 113–120). Needham Heights: Allyn and Bacon.

Rolland, J.S. (1998). *The family impact of illness and disability.* W: R.E. Rakel (red.), *Essential of Family Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Rollie, S.S., Duck, S. (2006). *Divorce and dissolution of romantic relationships: Stage models and their limitations*. W: M.A. Fine, J.H. Harvey (red.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (s. 223–240). New York–London: Routledge.

Rosen Spector, A. (2004). *Psychological issues and interventions with infertile couples*. W: J.C. Chrisler (red.), *From Menarche to Menopause. The Female Body in Feminist Therapy* (s. 91–104). New York: The Howarth Press, Inc.

Rosenberg, E. (1992). *The Adoption Life Cycle: The Children and Their Families Through the Years*. New York: The Free Press.

Rosenthal, D., Bornholt, L. (1988). Expectations about development in greek- and anglo-australian families. *Journal of Cross-cultural Psychology*, *1*(19), 19–34.

Rostowska, T. (1995). *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Rostowska, T. (2001). *Konflikt międzypokoleniowy w rodzinie. Analiza psychologiczna*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Rostowska, T. (2002). *Psychologiczne aspekty edukacyjnej funkcji rodziny*. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina – rozwój – praca. Wybrane zagadnienia* (s. 83–90). Łódź: WN WSI.

Rostowska, T. (2006). Rozwojowe aspekty życia rodzinnego. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 11–28). Łódź: WN WSI.

Rostowska, T. (2009a). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Rostowska, T. (2009b). *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Difin.

Rostowska, T., Rostowski, J. (2006). Jakość życia rodzinnego w kontekście teorii systemowej. *Pedagogika Rodziny*, *1*, 127–146.

Rostowska, T., Rostowski, J. (red.). (2002). *Rodzina – rozwój – praca*. Łódź: WN WSI.

Rostowska, T., Rostowski, J. (red.). (2006). *Wokół wychowania: rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka*. Łódź: WN WSI.

Rostowski, J. (1986). Znaczenie dwustronnego związku rodzice–dziecko w rozwoju psychicznym młodej jednostki. *Problemy Rodziny*, *4*, 12–16.

Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa. Psychologiczne uwarunkowania dobranego związku małżeńskiego.* Warszawa: PWN.

Rostowski, J. (2003). *Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie.* W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 19–31). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Rostowski, J. (2010). *Genetyczno-ewolucyjne podejście do małżeństwa i rodziny*. W: T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego* (s. 11–42). Warszawa: Difin.

Rostowski, J. (2012). *Rozwój mózgu człowieka w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne.* Warszawa: Difin.

Rostowski, J., Rostowska, T. (2005). *Małżeństwo wczoraj, dziś i jutro – w perspektywie psychologicznej*. W: M. Plopa (red.), *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia: Zagrożenia i wyzwania* (s. 229–243). Elbląg: WN EUH-E.

Rostowski, J., Rostowska, T. (2010). *Neuropsychologiczne podłoże związku małżeńskiego*. W: T. Rostowska, A. Peplińska (red.), *Psychospołeczne aspekty życia rodzinnego* (s. 43–63). Warszawa: Difin.

Rostowski, J., Rostowska, T. (2011). *Satisfying psychological needs and quality of life among married and cohabitating couples*. W: H. Liberska (red.), *Relations in Marriage and Family: Genesis, Quality and Development* (s. 67–98). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

Rowe, H. (2009). *Spontaneous pregnancy loss*. W: *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature* (s. 67–78). Geneva: WHO.

Rudy, D., Grusec, J.E. (2006). *Social cognitive approaches to parenting representation*. W: O. Mayseless (red.), *Parenting Representation Theory, Research, and Clinical Implications* (s. 79–106). Cambridge: Cambridge University Press.

Rusek, M., Hurme, H. (2010). *Model międzypokoleniowej solidarności i konfliktu w ujęciu teoretycznym i empirycznym. Porównanie międzykulturowe*. W: B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń* (s. 183–200). Szczecin: ZAPOL.

Ruszkiewicz, D. (2008). *Życie w pojedynkę – ucieczka od rodziny czy znak naszych czasów?* Łódź: Wydawnictwo WSH-E.

Rutter, M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. W: M.W. Kent, J.E. Rolf (red.), *Primary Prevention of Psychopathology*. T. 3: *Promoting Social Competence and Coping in Children* (s. 324–328). Hanover, N.H.: University Press of New England.

Rutter, M. (1997). *Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect*. W: L. Atkinson, K. Zucker (red.), *Attachment and Psychopathology* (s. 17–46). New York: Guilford Press.

Rutter, M., Giller, H., Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ryan, C.E., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I.W., Bishop, D.S. (2005). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach.* New York: Routledge.

Rydz, E. (2012). *Tendencje rozwojowe religijności młodych dorosłych*. Lublin: RW KUL.

Rydz, E., Jakimiak, M. (2007). Wielowymiarowe modele struktury religijności i metody pomiaru religijności człowieka dorosłego. *Psychologia Rozwojowa*, *12*(3), 19–29.

Rydz, E., Zarzycka, B. (2008). Poziom religijności a poczucie spójności wewnętrznej w okresie młodzieńczym. *Psychologia Rozwojowa*, *13*(4), 49–59.

Rydz, S. (2010). *Psychologiczne skutki samotnego rodzicielstwa*. W: I. Janicka (red.), *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych* (s. 153–165). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Rydz, S., Marat, E. (2006). *Więzi emocjonalne pomiędzy członkami rodziny widziane oczyma dziecka przedszkolnego*. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania*. Łódź: WN WSI.

Rydzewski, P. (1994). Rozwód – zjawisko wielowymiarowe. *Studia Demograficzne*, *3*(117).

Rymek-Gmytrasiewicz, M. (2006). Transmisja wartości kulturowych wśród Polaków w kraju i polskich emigrantów w USA. *Studia Psychologiczne*, *42*(1), 47–60.

Ryś, M. (2002). *Rodzinne uwarunkowania uzależnień*. W: W. Bołoz, M. Ryś (red.), *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazje, sytuacje graniczne* (s. 41–65). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Ryś, M. (2003). *Psychologiczne źródła dysfunkcji w małżeństwie i rodzinie*. W: W. Majkowski (red.), *Rodzina polska u progu trzeciego tysiąclecia* (s. 85–104). Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Ryś, M. (2004). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: CMPP-P.

Sadowska, A. (2003). *Model rodzinnego domu dziecka*. W: C. Kępski (red.), *Opieka i wychowanie w rodzinie* (s. 175–190). Lublin: Wydawnictwo UMSC.

Sadowska, S. (1996). Potrzeby i możliwości w zakresie pomocy rodzinie z dzieckiem upośledzonym umysłowo. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 7, 67–84.

Saint-Exupéry, A. de (2005). *Mały Książę*. Warszawa: Muza.

Saint-Jacques, M.-C., Robitaille, C., Godbout, É., Parent, C., Drapeau, S., Gagne, M.-H. (2011). The process distinguishing stable from unstable stepfamily couples: A qualitative analysis. *Family Relations*, *60*, 545–561.

Sak, J. (2008). Rozważania dotyczące pojęcia choroby we współczesnej filozofii medycyny. *Zagadnienia Naukoznawstwa*, *44*(3–4), 177–178.

Sameroff, A., Fiese, B. (1992). *Family representation of development*. W: I.E. Sigel, A.V. McGillicuddy-De Lisi, J.J. Goodnow (red.), *Parental Belief System: The Psychological Consequences for Children* (s. 91–106). Hilsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Sanders, M.R., Halford, W.K., Behrens, B.C. (1999). Parental divorce and premarital couple communication. *Journal of Family Psychology*, *13*, 60–74.

Santrock, J.W. (2003). *Adolescence*. London: McGraw-Hill.

Santrock, J.W., Warshak, R.A. (1979). Father custody and social development in boys and girls. *Journal of Social Issues*, *35*, 112–125.

Sapolsky, R.M. (2010). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu*. Warszawa: WN PWN.

Saraceno, C. (2001). *Social Exclusion: Cultural Roots and Diversities of a Popular Concept*. Wykład zaprezentowany na konferencji „Social Exclusion and Children, Institute for Child and Family Policy" na Columbia University, 03–04.06.2001, www.childpolicy.org (dostęp: 27.06.2012).

Satir, V. (1988). *The New Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Satir, V. (2000). *Terapia rodziny. Teoria i praktyka*. Gdańsk: GWP.

Satir, V. (2002a). *Mapa twojej rodziny*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów* (s. 415–424). Warszawa, WN PWN.

Satir, V. (2002b). *Rodzina: tu powstaje człowiek*. Gdańsk: GWP.

Sbarra, D.A., Emery, R.E. (2008). Deeper into divorce: Using actor–partner analyses to explore systemic differences in coparenting conflict following custody dispute resolution. *Journal of Family Psychology*, *22*, 144–152.

Schaefer, E.S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *59*(2), 226–235.

Schaefer, E.S. (1965). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development*, *36*, 413–424.

Schaffer, H.R. (1977). *Mothering.* Fontana: Open Books.

Schaffer, H.R. (1981). *Początki uspołecznienia dziecka*. Warszawa: PWN.

Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny: dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Schechner, R. (2000). *Przyszłość rytuału*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.

Schendelaar, P., Middelburg, K.J., Bos, A.F., Heineman, M.J., Jongbloed-Pereboom, M., Hadders-Algra, M. (2011). The Groningen ART cohort study: The effects of ovarian hyperstimulation and the IVF laboratory procedures on neurological condition at 2 years. *Human Reproduction*, *26*, 703–712.

Schiamberg, L.B., Chong-Hee, C. (1987). The influence of family on educational and occupational achievement of adolescents in rural low – income areas: An ecological perspective. *Child Development*, *23*, 231–242.

Schick, A. (2002). Behavioral and emotional differences between children of divorce and children from intact families: Clinical significance and mediating processes. *Swiss Journal of Psychology*, *61*, 5–14.

Schier, K. (1998). Problematyka relacji w rodzinach adopcyjnych. *Nowiny Psychologiczne*, *1*, 9–16.

Schiller, M., Dickstein, S., Seifer, R., Miller, I., Keitner, G., Sameroff, A.J., Rasmussen, S. (1998). Levels of family assessment: I. Family, marital, and parent-child interaction. *Journal of Family Psychology*, *12*(1), 7–22.

Schmeer, K. (2011). The child health disadvantage of parental cohabitation. *Journal of Marriage and Family*, *73*, 181–193.

Schmitz, M.F. (2003). Influences of race and family environment on child hyperactivity and antisocial behaviour. *Journal of Marriage and Family*, *65*(4), 835–849.

Schoebi, D., Karney, B.R., Bradbury, T.N. (2012). Stability and change in the first 10 years of marriage: Does commitment confer benefits beyond the effects of satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology, 102(4), 729–742.

Schoot, R.V.D., Velden, F.V.D, Boom, J., Brugman, D. (2009). Can at-risk young adolescents be popular and anti-social? Sociometric status groups, anti-social behaviour, gender and ethnic background. *Journal of Adolescence*, *33*, 583–592.

Schore, A.N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 7–66.

Schrodt, P. (2006). The Stepparent Relationship Index: Development, validation, and associations with stepchildren's perception of stepparent communication competence and closeness. *Personal Relationships*, *13*, 167–182.

Schrodt, P., Braithwaite, D.O. (2010). Coparental communications, relational satisfaction, and mental helath in stepfamilies. *Personal Relationships*, *18*, 352–369.

Schulz, R., Ewen, R.B. (1993). *Adult Development and Aging. Myths and Emerging Realities*. New York: Macmillan Publishing Co.

Scott, J. (1998). Changing attitudes to sexual morality: A cross-national comparison. *Sociology*, *32*, 815–845.

Scott Sills, E. (2009). Natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of The American Board of Family Medicine*, *11*, 375–384.

Sears, R.R., Maccoby, E.E., Levin, H. (1957). *Patterns of Child Rearing*. Evanston, IL: Row Peterson.

Segal, Z.V., Williams, M.G., Teasdale, J.D. (2011). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Sekułowicz, M. (2000). *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.

Seligman, L. (2004). *Diagnosis and Treatment Planning in Counseling*. New York: Kluwer.

Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5–14.

Seligman, M.E.P., Parks, A.C., Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transations of The Royal Society B*, *359*, 1379–1381.

Selzer, J. (2000). Families formed outside of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, *62*, 1247–1268.

Senge, P.M. (1998). *Piąta dyscyplina*. Warszawa: Dom Wydawniczy A.B.C.

Serrano, F., Lima, M.L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *79*, 585–594.

Sęk, H. (1990). *Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych*. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89–112). Poznań: WN UAM.

Sęk, H. (1991a). *Kryzys i krytyczne wydarzenie życiowe jako kluczowe pojęcia psychologicznej prewencji – charakterystyka ogólna*. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 486–491). Warszawa: PWN.

Sęk, H. (1991b). *Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne*. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie*

psychiczne (s. 30–41). Poznań: WN UAM.
Sęk, H. (2006). *Rozwój psychoseksualny i jego zaburzenia a psychologia ryzyka i zachowań zdrowotnych*. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 64–82). Warszawa: WN PWN.
Shaffer, A., Obradović, J., Burt, K.B., Herbers, J.E., Masten, A.S. (2009). Intergenerational continuity in parenting quality: The mediating role of social competence. *Developmental Psychology*, *45*(5), 1227–1240.
Shapiro, C.H. (1988). *Infertility and Pregnancy Loss. A Guide for Helping Professionals*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
Shapiro, D.N, Stewart, A.J. (2011). Parenting stress, perceived child acceptance, and depression in stepmothers and biological mothers. *Family Relations*, *60*, 533–544.
Shapiro, D.N., Stewart, A.J. (2012). Dyadic support in stepfamilies: Buffering against depressive symptoms among more and less experienced stepparents. *Journal of Family Psychology*, *26*(5), 833–838.
Shaver, P., Hazan, C. (1987). Being lonely, falling in love: Perspectives from attachment theory. *Journal of Social Behavior and Personality*, *2*, 105–124.
Shaver, P., Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, *4*, 133–161.
Shaw, R. (1992). *Imprisoned fathers and the orphans of justice*. W: R. Shaw (red.), *Prisoners' Children: What are the issues?* (s. 41–49). London: Routledge.
Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: IPZ PTP.
Sheridan, S.M., Burt, J.D. (2009). *Family-centered positive psychology*. W: S.J. Lopez, C.R. Snyder (red.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (s. 551–559). New York: Oxford University Press.
Sheridan, S.M., Warnes, E.D., Cowan, R.J., Schemm, A.V., Clarke, B.L. (2004). Family-centered positive psychology: Focusing on strengths to build student success. *Psychology in the Schools*, *41*(1), 7–17.
Sherkat, D.E. (2003). *Religious socialization: Sources of influence and influences of agency*. W: M. Dillon (red.), *Handbook of the Sociology of Religion* (s. 151–163). New York: Cambridge University Press.
Shields, S.A. (2004). *Mówiąc od serca. Płeć i społeczny wymiar uczuć*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
Shipman, G. (1982). *Handbook for Family Analysis*. Lexington: Lexington Books.
Shwalb, D., Shwalb, B., Shoji, J. (1996). *Japanese mother's ideas about infants and temperament*. W: S. Harkness, Ch. Super (red.), *Parents' cultural belief system: Their origins expressions and consequences* (s. 143–168). New York–London: The Guilford Press.
Sidor, B. (2005). Psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży posiadającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową. *Szkoła Specjalna*, *1*, 3–18.
Sieczkowska-Gawron, A. (2005). *Przynależność etniczna a zawartość treściowa etosu rodzinnego (na przykładzie mniejszości niemieckiej*). Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Siegel, B. (1997). *Coping with the diagnosis of autism*. W: D.J. Cohen, F.R. Volkmar (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (s. 745–766). New York: Wiley.

Siemieńska, R. (1999). *Rola rodziny w sferze życia prywatnego i publicznego. Akceptowane modele i czynniki je kształtujące*. W: J. Miluska, P. Boski (red.), *Męskość – kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej* (s. 208–222). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Siemińska, M.J. (2000). Normalny system rodzinny – przegląd koncepcji. *Psychoterapia*, *1*, 15–25.

Siemiński, M., Nitka-Siemińska, A., Nyka, W.M. (2007). Zespół wypalenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, *1*(1), 45–49.

Sikora, K. (2005). *Reakcje kobiet i mężczyzn w sytuacji straty ciąży*. Nieopublikowana praca magisterska, Instytut Psychologii UŁ, Łódź.

Sikorska, M. (2009). *Nowa matka, nowy ojciec, nowe dziecko. O nowym układzie sił w polskich rodzinach*. Warszawa: WAiP.

Silverstein, M., Bengtson, V.L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families. *American Journal of Sociology*, *103*, 429–460.

Simon, F.B., Stierlin, H. (1998). *Słownik terapii rodzin*. Gdańsk: GWP.

Simon, W., Gagnon, J.H. (1986). Sexual scripts. Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, *15*, 97–120.

Simons, R.L. (1996). *Understanding Differences between Divorced and Intact Families. Stress, Interaction, and Child Outcome*. Thousands Oaks–London–New Delhi: Sage.

Simons, R.L., Chao, W., Conger, R.D., Elder, G.H. Jr. (2001). Quality of parenting as mediator of the effect of childhood defiance on adolescent friendship choice and delinquency: A growth curve analysis. *Journal of Marriage and the Family*, *63*, 63–79.

Sin, N.L., Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 467–487.

Singer, L.M., Brodzinsky, D.M., Braff, A.M. (1982). Children's beliefs abort adoption: A developmental study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *3*, 285–294.

Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., Deasy, D. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London: The Stationery Office.

Sitarczyk, M. (2002). *Międzypokoleniowa transmisja postaw wychowawczych ojców*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Skinner, D., Bailey, D.B., Correa, V., Rodriguez, P. (1999). Narrating self and disability: Latino mothers' construction of identities vis-à-vis their child with special needs. *Exceptional Children*, *65*, 481–495.

Skinner, H., Steinhauer, P., Sitarenios, G. (2000). Family assessment measure (FAM) and process model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, *22*, 190–210.

Skolnick, A.S., Skolnick, J.H. (2011). Family in Transition: Rethinking Marriage, Sexuality, Child Rearing, and Family Organization. Boston: Allyn and Bancon.

Skorny, Z. (1989). *Mechanizmy regulacji ludzkiego działania*. Warszawa: PWN.
Skorupka, S., Auderska, H. (red.). (1968). *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
Skrzypczak, J., Dubiel, M., Kwinecka, B., Dydowicz, P. (2006). Ocena przepływu krwi w tętnicach macicznych u kobiet z nawracającymi poronieniami. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, *42*(2), 54–58.
Skrzypulec, V., Drosdzol, A., Ferensowicz, J., Nowosielski, K. (2003). Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekologia Praktyczna*, *3*, 26–34.
Slany, K. (1990). Związki konsensualne. Czy nowa forma małżeństwa. *Problemy Rodziny*, *3*, 28–32.
Slany, K. (2005). *Dywersyfikacja form życia rodzinnego we współczesnym świecie. Przykład związków homoseksualnych*. W: K. Slany, B. Kowalska, M. Śmietana (red.), *Homoseksualizm, perspektywa interdyscyplinarna* (s. 19–38). Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
Slany, K. (2006). *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
Slany, K. (2013). *Ponowoczesne rodziny – konstruowanie więzi i pokrewieństwa*. W: K. Slany (red.), *Zagadnienia małżeństwa w perspektywie feministyczno-genderowej* (s. 47–64). Kraków: Wydawnictwo UJ.
Słownik języka polskiego (1983). Warszawa: PWN.
Słownik wyrazów obcych (1971). Warszawa: PWN.
Smith, M. (2008). *Resident mothers in stepfamilies*. W: J. Pryor (red.), *The International Handbook of Stepfamilies: Policy and Practice in Legal, Research and Clinical Environments* (s. 151–174). New York: Wiley.
Smith Slep, A.M., O'Leary, S.G. (2007). Multivariate model of mothers' and fathers' aggression toward their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5), 739–751.
Smock, P. (2000). Cohabitation in the United States: An appraisal of research themes, findings, and implications. *Annual Review of Sociology*, *26*(1), 1–20.
Smolak, L. (1993). *Adult Development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
Smyrnios, K.X., Schultz, N.C. (1994). Opłakiwanie związane z rozwojem: wstępne porównanie trzech wiekowych kohort rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. *British Journal of Medical Psychology*, *67*(1), 37–52.
Sokal, U. (2005). *Więzi uczuciowe dorosłych dzieci z rodzicami w rodzinach rozwiedzionych*. Elbląg: Wydawnictwo EUH-E.
Sokal, U. (2013). *Obraz małżeństwa i przyszłej rodziny u młodych dorosłych*. W: B. Kaja (red.), *Małżeństwo, rodzina, rozwód* (s. 54–77). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
Sołowiej, J. (1986). *Identyfikacja dziecka z rodzicami*. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (s. 142–155). Warszawa: PWN.
Sorosky, A., Baran, A., Pannor, R. (1975). *The Adoption Triangle*. New York: Doubleday/Anchor.

Spanier, G.B., Margolis, R.L. (1983). Marital separation and extramarital sexual behavior. *Journal of Sex Research*, *19*, 23–48.

Spionek, H. (1981). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.

Spock, B. (1989). *Dr. Spock on Parenting*. New York: Simson and Schuster.

Sprunger, L.W., Boyce, W.T., Gaines, J.A. (1985). Family-infant congruence: Routines and rhythmicity in family adaptations to a young infant. *Child Development, 56*, 564–572.

Squires, J., Kaplan, P. (2007). Development outcomes of children born after assisted reproductive technologies. *Infants & Young Children*, *20*, 2–10.

Stams, G.J., Juffer, F., Rispens, J., Hoksbergen, R.A. (2000). The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*, 1025–1037.

Stierlin, H., Wirsching, M., Knaus, W. (1977). Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence. *Psychoterapies and Psychosomatics*, *28*(1–4), 243–251.

Stanford, J.B., Parnell, T.A., Boyle, P.C. (2008). Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *11*, 375–384.

Stanley, S.M., Markman, H.J. (1992). Assessing commitment in personal relationships. *Journal of Marriage and the Family*, *54*, 595–608.

Stanley, S.M., Rhoades, G.K., Amato, P.R., Markman, H.J., Johnson, C.A (2010). The timing of cohabitation and engagement: Impact on first and second marriages. *Journal of Marriage and Family*, *72*(4), 906–918.

Stanley, S.M., Rhoades, G.K., Markman, H.J. (2006). Sliding versus deciding: Inertia and the premarital cohabitation effect. *Family Relations*, *55*, 499–509.

Stanley, S.M., Whitton, S.W., Markman, H.J. (2004). Maybe i do: Interpersonal commitment and premarital or non-marital cohabitation. *Journal of Family Issues*, *25*(4), 496–519.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności (1996). *Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne*, *5*, www.libramed.com.pl/wpg/NumeryArchiwalne/05/03 (dostęp: 24.01.2013)

Steinglass, P., Horan, M. (1987). Families and chronic medical illness. *Journal of Psychotherapy and the Family*, *3*, 127–142.

Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. (1987). *The Alcoholic Family*. New York: Basic Books.

Stelter, Ż. (2009a). Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: WN Scholar.

Stelter, Ż. (2009b). *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym* intelektualnie jako wartość. W: B. Harwas-Napierała (red.), Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka (s. 109–140). Poznań: WN UAM.

Stelter, Ż. (2013). *Pełnienie ról rodzicielskich wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie.* Warszawa: Difin.

Stelter, Ż., Strelau, J., Sobolewski, A. (2002). Rozbieżność pomiędzy temperamentem rzeczywistym a oczekiwanym dziecka upośledzonego umysłowo i jej związek

z sytuacją stresową matki. *Czasopismo Psychologiczne*, *8*(2), 155–162.
Stern, D.N. (1974). *Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors*. W: M. Lewis, L.A. Rosenblum (red.), *The Effect of the Infant on Its Caregiver* (s. 187–213). New York: Wiley.
Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, *93*, 119–135.
Stewart, J. (2002). *Wprowadzenie do komunikacji interpersonalnej*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów* (s. 35–36). Warszawa: WN PWN.
Stierlin, H., Wirsching, M., Knaus, W. (1977). Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence. *Psychoterapies and Psychosomatics*, *28*(1–4), 243–251.
Straś-Romanowska, M. (1992). *Los człowieka jako problem psychologiczny: Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Straś-Romanowska, M. (2008). *Tożsamość w czasach dekonstrukcji*. W: B. Zimoń-Dubowik, M. Gamian-Wilk (red.), *Oblicza tożsamości. Perspektywa interdyscyplinarna* (s. 19–30). Wrocław: WN DSW.
Straus, M.A., Gelles, R.J. (1990). *How violent are American Families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies*. W: M. Straus, R. Gelles (red.), *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8.145 Families* (s. 95–112). New Brunswick: NJ Transaction.
Strzelecki, Z. (1993). Dobór małżeństw w Polsce według cech demospołecznych. *Problemy Rodziny*, *3*, 5–8.
Sullivan, K.T. (2001). Understanding the relationship between religiosity and marriage: An investigation of the immediate and longitudinal effect of religiosity on newlywed couples. *Journal of Family Psychology*, *15*, 610–626.
Sullivan, R.C. (1979). Siblings of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 287–298.
Super, Ch., Harkness, S. (1996). *The three R's of Dutch childrearing and the socialization of infant arousal*. W: S. Harkness, Ch. Super (red.), *Parents' Cultural Belief System: Their Origins Expressions and Consequences* (s. 447–466). New York–London: The Guilford Press.
Svensen, C.H., Eskew, R.W., Kohloep, K.A. (1981). Stage of family life cycle development and the marriage relationship. *Journal of Marriage and the Family*, *43*, 841–853.
Swanson, K.M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, *9*, 191–206.
Swanson, K.M., Karmali, Z.A., Powell, S.H., Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 902–910.
Swenney, M.M. (2010). Remarriage and stepfamilies: Strategic sites for family scholarship in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, *72*, 667–684.
Syrek, E. (2001). *Jakość życia w chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2010–2011 (2011). Warszawa: GUS, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_raport_2010-2011.pdf (dostęp: 23.06.2013).

Szacki, J. (1971). *Tradycja. Przegląd problematyki*. Warszawa: PWN.
Szacki, J. (red.). (1984). *Tradycja i nowoczesność*. Warszawa: „Czytelnik”.
Szerląg, A. (2012). Socialization models in families as the result of multicultural communication. *Santalka: Filosofija, Komunikacija*, *20*(2), 136–146.
Szewczyk, L., Kulik, A. (2001). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Szkodziak, P., Paszkowski, T., Paszkowski, M., Radomański, T. (2012). *Poronienie*. W: G. Bręborowicz (red.), *Ginekologia* (t. 2, s. 1–7). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Szlendak, T. (2011). *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: WN PWN.
Sztompka, P. (2002). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Znak.
Szukalski, P. (2010). Urodzenia pozamałżenskie w Polsce przełomu XX i XXI wieku. *Wiadomości Statystyczne*, *2*, 38–52.
Szukalski, P. (2011). Małżeństwa powtórne w powojennej Polsce. *Wiadomości Statystyczne*, *4*(599), 12–23.
Szymanowska, A. (2000). *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. Warszawa: CMPP-P MEN.
Świętochowski, W. (2002). Kliniczna i empiryczna użyteczność wybranych systemowych modeli rodziny. *Psychologia Rozwojowa*, *7*(5), 59–74.
Świętochowski, W. (2003). *Psychologiczny kontekst procesu „chorowania” w rodzinie*. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny.* Łódź: Wydawnictwo UŁ.
Świętochowski, W. (2008). *Zastosowanie systemowej terapii rodzinnej w leczeniu chorób somatycznych.* W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Problemy psychosomatyki okresu dorastania i dorosłości* (s. 155–168). Lublin: Wydawnictwo PROQURAT.
Świętochowski, W. (2010). *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Kiedy rodzina ma korzyść z choroby*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
Świtaj, P. (2008). *Doświadczanie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: IPiN.
Świtaj, P., Wciórka, J. (2012). *Stygmatyzacja osób z niepełnosprawnością intelektualną*. W: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałecki (red.), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia* (s. 399–416). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
Tannen, D. (1994). *Ty nic nie rozumiesz.* Warszawa, Wydawnictwo W.A.B.
Tapscott, M., Frick, P.J., Wootton, J., Kruh, I. (1996). The intergenerational link to antisocial behavior: Effects of paternal contact. *Journal of Child and Family Studies*, *5*, 229–240.
Tarabulsy, G.M., Tessier, R., Gagnon, J., Piché, C. (1996). Attachment clasification and infant responsiveness during interactions. *Infant Behavior and Development*, *19*, 131–143.
Tarakeshwar, N., Pargament, K.I. (2001). Use of religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *16*(4), 247–260.

Taranowicz, I. (2002). *Rola społeczna chorego*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (s. 75–81). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.

Tarka, D. (2006). *Reprezentacja matki u kobiet posiadających własne dzieci i kobiet bezdzietnych*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Tatala, M. (2008). *Odbiór symboli religijnych przez młodzież*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Tavris, C., Wade, C. (1999). *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*. Poznań: Zysk i S-ka.

Teachman, J. (2003). Premarital sex, premarital cohabitation and the risk of subsequent marital dissolution among women. *Journal of Marriage and the Family*, *65*(2), 444–455.

Telka, L. (2000). *Rodzinne domy dziecka: zarys monograficzny*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.

Tham, E., Schliep, K., Stanford, J. (2012). Natural reproductive technology for infertility and recurrent miscarriage. Outcomes in a Canadian family practice. *Canadian Family Physician*, *58*, 267–274.

The Oxford English Dictionary (1961). Oxford: Oxford University Press.

Theiss, W. (2008). *Dom i ojczyzna – miejsca w świecie bez miejsc. Trzy perspektywy*. W: D. Lalak (red.), *Dom i ojczyzna. Dylematy wielokulturowości*. Warszawa: Wydawnictwa UW.

Thompson, L., Spanier, G.B. (1983). The end of marriage and acceptance of marital termination. *Journal of Marriage* & *the Family*, *45*, 103–113.

Thompson, R.A. (1999). *Early attachment and later development*. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *The Handbook and Attachment* (s. 267–286). New York: Guilford Press.

Thornberry, T., Freeman-Gallant, A., Lizotte, A., Krohn, M., Smith, C. (2003). Linked lives: The intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 171–189.

Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Hoven, C.W., Wu, P., Moore, R., Davies, M. (2001). Resilience in the face of maternal psychopathology and adverse life events. *Journal of Child* & *Family Studies*, *10*(3), 347–365.

Timmons Fritz, P.A., Smith Slep, A.M., O'Leary, K.D. (2012). Couple-level analysis of the relation between family-of-origin aggression and intimate partner violence. *Psychology of Violence*, *2*(2), 139–153.

Tobiasz-Adamczyk, B. (2002). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Tobiasz-Adamczyk, B., Szafraniec, K., Bajka, J. (1999). *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Kraków: Collegium Medicum UJ.

Toedter, L.J., Lasker, J.N., Janssen, H.J.E.M. (2001). International comparisons of studies using the Perinatal Grief Scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, *25*, 205–228.

Tonkens, E. (2013). When social security fails to provide emotional security: Single parent household the contractual welfare state. *Social Policy and Society*, *5*, 1–10.

Tosh, A.K., Simmons, P.S. (2007). Sexual activity and other risk-taking behaviours among Asian-American adolescents. *Journal Pediatric Adolescents Gynecology*, *20*, 29–34.

Travis, J., Waul, M. (2003). *Prisoners Once Removed*. Washington D.C.: The Urban Institute Press.

Trawińska, M. (1996). *Małżeństwo*. W: Z. Cendrowski, M. Trawińska (red.), *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego* (s. 143–145). Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Trempała, J. (2000). *Czas i zmiana*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Trempała, J. (2014). *Zmiany wobec dziecka i rodziny*. Wykład plenarny przedstawiony podczas IV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Psychologia w służbie rodziny: Rodzina w dobrobycie, dobrostan w rodzinie?", Gdańsk, 29–30.04.2014.

Trepka-Starosta, J. (1999). *Motywacja do podjęcia decyzji o adopcji*. W: K. Ostrowska, E. Milewska (red.), *Adopcja – teoria i praktyka* (s. 67–73). Warszawa: CMPP-P MEN.

Triandis, H.C. (1994). *Culture and social behavior*. W: W. J. Lonner, R.S. Malpass (red.), *Psychology and Culture* (s. 169–175). Needham Heights: Allyn and Bacon.

Trinke, S.J., Bartholomew, K. (1997). Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationship*, *14*, 603–625.

Troll, L.E. (1982). *Continuations: Adult Development and Aging.* Monterey, CA: Brooks-Cole.

Troll, L.E., Bengtson, V.L. (1979). *Generations in the family*. W: W.R. Burr, R. Hill, R.I. Nye, I.L. Reiss (red.), *Contemporary Theories about the Family* (t. 1, s. 127–161). New York: The Free Press.

Trommsdorff, G. (1994). *Future time perspective and control orientation: social condtions and consequences*. W: Z. Zaleski (red.), *Psychology of Future Orientation*. Lublin (s. 39–62). Towarzystwo Naukowe KUL.

Tryjarska, B. (1987). Główni przedstawiciele psychoterapii rodzinnej. *Nowiny Psychologiczne*, *1*, 5–32.

Tryjarska, B. (1994). *Terapia rodzinna*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specjalne problemy* (s. 249–293). Warszawa: WN PWN.

Tryjarska, B. (1995). *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.

Tryjarska, B. (2006). *Terapia rodzin*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka* (s. 74–141). Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.

Tryjarska, B. (2012). *Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości*. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 185–217). Warszawa: WN Scholar.

Tryjarska, B., Grzesiuk, L. (1995). *Jak pomagać sobie, rodzinie i innym*. Warszawa: WN PWN.

Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WAiP.

Turner, J.S., Helms, D.B. (1994). *Contemporary Adulthood.* Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Turner, J.S., Helms, D.B. (1999). *Rozwój człowieka*. Warszawa: WN PWN.

Turner, V. (2005). *Od rytuału do teatru*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.

Tuvblad, C., Eley, T.C., Lichtenstein, P. (2005). The development of antisocial behaviour from childhood to adolescence: A longitudinal twin study. *European Child Adolescent*

Psychiatry, *14*, 216–225.
Twardowski, A. (1995). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych.* W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie: praca zbiorowa* (s. 18–54). Warszawa: WN PWN.
Twardowski, A. (2008). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (wyd. 2) (s. 18–54). Warszawa: WSiP.
Tymstra, T., Bosboom, J., Bouman, K. (2004). Prenatal diagnosis of Down's Syndrome: Experiences of women who decided to continue with the pregnancy. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, *16*, 91–96.
Tyszka, Z. (1974). *Socjologia rodziny*. Warszawa; PWN.
Tyszka, Z. (1997). *System metodologiczny poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną*. Poznań: WN UAM.
Tyszka, Z. (2001). *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. Poznań: WN UAM.
Tyszka, Z. (2003). *Rodzina we współczesnym świecie* (wyd. 2). Poznań: WN UAM.
Tyszkowa, M. (1984). *Uspołecznienie dzieci jedynych i mających rodzeństwo*. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (ser. II, t. 11, s. 94–121). Warszawa: PWN.
Tyszkowa, M. (1985). *Rola rodziny w kształtowaniu się wyobrażeń o własnej przyszłości i aspiracji życiowych dzieci i młodzieży*. W: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną* (s. 9–68). Poznań: WN UAM.
Tyszkowa, M. (1988). *Rozwój psychiczny jednostki jako proces strukturacji i restrukturacji doświadczenia*. W: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój człowieka w ciągu życia* (s. 44–79). Warszawa: PWN.
Tyszkowa, M. (1990a). *Dziadkowie i wnuki: charakterystyka stosunków wzajemnych*. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 113–132). Poznań: WN UAM.
Tyszkowa, M. (1990b). *Zakończenie*. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 235–247). Poznań: Grant CPBP 09.02.
Tyszkowa, M. (1993). Ekologiczne uwarunkowanie rozwoju psychicznego jednostki: propozycja interpretacji poznawczej. *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, *1*(2), 3–18.
Tyszkowa, M. (1996). *Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki, rozwój*. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 124–150). Warszawa: WN PWN.
Tyszkowa M. (2009a). *Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki, rozwój*. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 124–150). Warszawa: WN PWN.
Tyszkowa M. (2009b). *Rola kultury w rozwoju psychicznym jednostki*. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 102–123). Warszawa: WN PWN.
Tyszkowa, M. (red.). (1990). *Rodzina a rozwój jednostki*. Poznań: WN UAM.
Tyszkowa, M., Przetacznik-Gierowska, M. (2009). *Ekologiczne uwarunkowania rozwoju psychicznego człowieka.* W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.),

Psychologia rozwoju człowieka (s. 85–101). Warszawa: WN PWN.
Umeda, M., Kawakami, N. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal („hikikomori") in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *66*, 121–129.
Urban, B. (2005). *Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych.* Kraków: Wydawnictwo UJ.
Urban, B. (2007). *Zaburzenia zachowania i niedostosowanie społeczne w świetle współczesnych wyników badań*. W: B. Urban, J.M. Stanik (red.), *Resocjalizacja* (t. 1, s. 136–168). Warszawa: WN PWN.
Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (UoWRiSPZ) z dnia 9 czerwca 2011 roku (Dz.U. z dnia 21 lipca 2011 r. Nr 149, poz. 887).
Valk, H. (2008). Parental influence on work and family plans of adolescents of different ethnic backgrounds in The Netherlands. *Sex Roles*, *59*(9–10), 738–751.
Valsiner, J. (2000). *Culture and human development*. London: Sage.
Vassiliou, D., Cartwright, G.F. (2001). The lost parents' perspective on parental alienation syndrome. *The American Journal of Family Therapy*, *29*, 181–191.
Vasta, R., Haith, M., Miller, S.A. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.
Vélez, C.E., Wolchik, S.A., Sharlene, A., Tein, J.-Y., Sandler, I. (2011). Protecting children from the consequences of divorce: A longitudinal study of the effects of parenting on children's coping processes. *Child Development*, *82*, 244–257.
Verner, E., Coleman, M., Ganong, L.H., Cooper, H. (1989). Marital satisfaction in remarriage: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, *51*, 713–725.
Verona, E., Sachs-Ericsson, N. (2005). The intergenerational transmission of externalizing behaviors's in adult partizipants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 1135–1145.
Vetere, A. (2001). Structural family therapy. *Child Psychology and Psychiatry Review*, *6*(3), 133–139.
Vetulani, J. (2010). *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice.* Kraków: Wydawnictwo Homini.
Visher, E.B. (2003). Lessons from remarriage families. *The American Journal of Family Therapy*, *22*, 327–336.
Visher, E.B., Visher, J.S. (1988). *Old Loyalties, New Ties. Therapeutic Strategies with Stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.
Visher, E.B., Visher, J.S. (1996). *Therapy with Stepfamilies*. New York: Brunner/Mazel.
Visher, E.B., Visher, J.S., Pasley, K. (1997). *Stepfamily therapy from the clients' perspective*. W: I. Levin, M. Sussman (red.), *Stepfamilies: History, Research and Policy* (s. 191–241). New York: Haworth.
Visher, E.B., Visher, J.S., Pasley, K. (2003). *Remarriage families and stepparenting*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (s. 153–175). New York: Guilford Press.
Vlaisavljević, V., Meden-Vrtovec, H., Lewandowski, P., Radwan, M., Langerova, A., Vicena, M., Války, J., Herman, M., Usoniene, A., Treijs, G. (2010). An observational study of assisted reproductive technology outcomes in new European Union member

states: An overview of protocols used for ovarian stimulation. *Current Medical Research and Opinion*, *26*, 819–825.
Vleioras, G., Bosma, H. (2005). Predicting change in relational identity commitments: Exploration and emotions. *Identity*, *5*(1), 35–56.
Wadsby, M., Svedin, C.G. (1996). Academic achievement in children of divorce. *Journal of School Psychology*, *34*(4), 325–336.
Waite, L.J. (2000). The negative effects of cohabitation. *The Responsive Community*, *10*(1), 31–38.
Waite, L.J., Gallagher, M. (2000). *The Case for Marriage* (*Why Married People are Happier, Healthier, and Better off Financially*). New York, NY: Random House, Inc.
Waite, L.J., Joyner, K. (2000). *Emotional and physical satisfaction in married, cohabiting and dating sexual unions: Do men and women differ?* W: E. Laumann, R. Michael (red.), *Sex, Love, Health in America* (s. 239–269). Chicago: University of Chicago Press.
Walden-Gałuszko, K. de (2000). *Problemy psychoonkologiczne rodziny*. W: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 83–101). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
Walesa, C. (1988). *Psychologiczna analiza decyzji życiowo dorosłych*. W: *Wykłady z psychologii w KUL w roku akademickim 1985/86*. (s. 277–350). Lublin: RW KUL.
Walesa, C. (1996). Czynniki rozwoju religijności (analiza psychologiczna). *Studia z Psychologii w KUL*, *8*, 41–58.
Walesa, C. (2003). Wyjaśnianie religijności człowieka (analiza psychologiczna). *Studia z Psychologii w KUL*, *11*, 21–38.
Walesa, C. (2005). *Rozwój religijności człowieka.* T. 1: *Dziecko*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
Walesa, C. (2008). *Rozwój religijności młodzieży*. W: *Encyklopedia katolicka* (t. 12, s. 1423–1429). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Walęcka-Matyja, K. (2006). *Jakość życia rodziny osieroconej*. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 259–273). Łódź: Wydawnictwo WSI.
Walęcka-Matyja, K. (2010). *Rodzinne uwarunkowania poczucia bezpieczeństwa młodzieży z rodzin pełnych, niepełnych i zrekonstruowanych*. W: T. Rostowska, A. Jarmołowska (red.), *Rozwojowe i wychowawcze aspekty życia rodzinnego* (s. 46–64). Warszawa: Difin.
Walker, W.R., Vogl, R.J., Thompson, C.P. (1997). Autobiographical memory: Unpleasantness fades faster than pleasantness over time. *Applied Cognitive Psychology*, *11*, 399–413.
Wallerstein, J.S. (1986a). *Children of divorce*. W: R.H. Moos (red.), *Coping with Life Crisises* (s. 35–48). New York–London: Plenum Press.
Wallerstein, J.S. (1986b). Women after divorce. Preliminary report form a Ten-Year-Follow-Up. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(1), 65–77.
Wallerstein, J.S. (1987). Children of divorce: Report of a ten-year follow-up of early latency-age children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 199–211.

Wallerstein, J.S. (1991). The long term effects of divorce on children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, *30*, 349–360.

Wallerstein, J.S. (2005). Growing up in the divorce family. *Clinical Social Work Journal*, *33*, 401–418.

Wallerstein, J.S., Blakeslee, S. (1989). *Second Chances: Men, Women, and Children a Decade after Divorce*. New York: Ticknor & Fields.

Wallerstein, J.S., Blakeslee, S. (2003). Listening to children of divorce: New findings that diverge from Wallerstein, Lewis, and Blakeslee. *Family Relations*, *52*, 385–396.

Wallerstein, J.S., Blakeslee, S. (2005). *Rozwód, a co z dziećmi?* Poznań: Zysk i S-ka.

Wallerstein, J.S., Kelly, J.B. (1980). *Surviving the breakup: How Children and Parents Cope with Divorce*. New York: Basic Books, Inc.

Wallerstein, J.S., Lewis, J.M., Blakeslee, S. (2000). *The Unexpected Legacy of Divorce. A 25 Years Old Landmark Study*. New York: Hyperion.

Walsh, F. (1982). *Conceptualizations of normal family functioning*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 3–42). New York: Guilford Press.

Walsh, F. (2012). *Family resilience. Strengths forged through adversity*. W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (wyd. 4, s. 399–427). New York: Guilford Press.

Walsh, F. (red.). (1982). *Normal Family Processes.* New York: Guilford.

Walzer, S., Oles, T.P. (2003). Accounting for divorce: gender and uncoupling narratives. *Qualitative Sociology*, *26*(3), 331–349.

Wampler, K.S., Shi, L., Nelson, B.S., Kimball, T.G. (2003). The adult attachment interview and observed couple interaction: implications for an intergenerational perspective on couple. *Therapy Family Process*, *42*(4), 497–515.

Warner, H.L., Mahoney, A., Krumrei, E.J. (2009). When parents break sacred vows: The role of spiritual appraisals, coping, and struggles in young adults adjustment to parental divorce. *Psychology of Religion and Spirituality*, *1*, 233–248.

Warren-Findlow, J., Seymour, R.B., Shenk, D. (2011). Intergenerational transmission of chronic illness self-care: Results from the caring for hypertension in African American families study. *Gerontologist*, *51*(1), 64–75.

Warsop, A., Ismail, K., Iliffe, S. (2004). Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: A generalist study in a specialist setting. *Psychology, Health & Medicine*, *9*, 306–314.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: Principles of Problem Formation and Problem Resolution.* New York: W.W. Norton and Company.

Wciórka, J. (2011). *Psychozy schizofreniczne*. W: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. 2: *Psychiatria kliniczna* (s. 195–269). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

Werner, E.E. (1991). *Grandparent-grandchild relationships among US ethnic groups*. W: P.K. Smith (red.), *The Psychology of Grandparenthood* (s. 68–82). London: Routledge.

Whalen, R.E. (1966). Sexual motivation. *Psychological Review*, *73*, 151–163.

Whiting, B.B., Edwards, C.P. (1988). *Children of Different Worlds: The Formation of Social Behawior*. Cambridge: Harvard University Press.

Whitton, S.W., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markman, H.J. (2008). Effects of parental divorce on marital commitment and confidence. *Journal of Family Psychology*, *22*, 789–793.

Wideł, E. (2000). *Przystosowanie dziecka do rozwodu rodziców*. W: E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci* (s. 46–57). Warszawa: CMPP-P MEN.

Widmer, E.D., Weiss, C.C. (2000). Do older siblings make a difference? The effects of older sibling support and older sibling adjustment on the adjustment of socially disadvantaged adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *10*(1), 1–27.

Widom, C.S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*, 160–166.

Wierzchowska-Schulz, B. (2000). *Fazy życia rodzinnego w autonarracjach osób starszych*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Wietzker, A., Buysse, A. (2012). Assessing guilt toward the former spouse. *American Psychological Association*, *24*, 783–789.

Więckiewicz, B. (2008). *Katolicki model rodziny a wierność jego zasadom*. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 36–46). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Więckiewicz, B. (2010). *Zagrożenia dla rodziny i dziecka w dobie przemian*. W: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie współczesnych przemian* (s. 79–87). Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Wigfield, A. (1994). Expectancy-value theory of achievement motivation: A developmental perspective. *Educational Psychology Review*, *6*(1), 49–78.

Wikler, L.M. (1986). Periodic stresses in familie of mentalny retarded children: An exploratory study. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 703–706.

Wilcox, W.B. (1998). Conservative protestant childrearing: Authoritarian or authoritative? *American Sociological Review*, *63*, 796–809.

Wilcox, W.B., Wolfinger, N.H. (2003). *Then Comes Marriage?: Religion and Marriage in Urban America*. *Social Science Research*, 2007, *36*, 569–589.

Willi, J. (1996). *Związek dwojga. Psychoanaliza pary*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

Williams, C. (2008). *Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa-Medica Press.

Williams, L., Kabamalan, M., Ogena, N. (2007). Cohabitation in the Philippines: Attitudes and behaviors among women and men. *Journal of Marriage and Family*, *69*, 1244–1256.

Williams, N., Leiblum, S.L. (2002). *Sexual dysfunction*. W: G.M. Wingood, R.J. DiClemente (red.), *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health* (s. 303–328). New York: Plenum Publishers.

Willoughby, M., Kupersmidt, J., Bryant, D. (2001). Overt and covert dimensions of antisocial behaviour in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*(3), 177–187.

Wilson, J., Musick, M. (1996). Religion and marital dependency. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *35*, 30–40.

Wineberg, H. (1992). Child bearing and dissolution in second marriage. *Journal of Marriage and the Family*, *54*(4), 879–887.
Winnicott, D.W. (1992). *The Child the Family and the Outside World*. Cambridge: Da Capo Press.
Winogrodzka, L. (2007). *Rodziny zastępcze i ich dzieci*. Lublin: Wydawnictwo UMSC.
Wirshing, M. (1994). *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: GWP.
Witkowski, L. (1989). *Rozwój i tożsamość w ciągu życia. Studium koncepcji E. Eriksona*. Toruń: WIT-GRAF.
Witkowski, L. (1998). *Tożsamość i zmiana*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
Witkowski, L. (2009). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*. Łódź: Wydawnictwo WSEZ.
Wojciechowska, J. (2008). Tata sam w domu. *Style i Charaktery* 03.06, 10–12.
Wojciechowska, L. (1984). Oddziaływania wychowawcze rozwiedzionych matek a przystosowanie społeczne ich dzieci. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (ser. II, t. 11, s. 268–365). Warszawa: PWN.
Wojciechowska, L. (2011). Praktyczna wiedza o rozwoju życia rodzinnego. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 395–406). Warszawa: WN PWN.
Wojciszke, B. (2000). *Relacje interpersonalne.* W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 147–186). Gdańsk: GWP.
Wojciszke, B. (2002). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice.* Gdańsk: GWP.
Wojciszke, B. (2003). *Psychologia miłości. Intymność – namiętność – zaangażowanie*. Gdańsk: GWP.
Wolfinger, N.H. (2005). *Understanding the divorce cycle. The children of divorce in their own marriages.* New York: Cambridge University Press.
Wolicki, M. (1983). Naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie jako czynniki rozwoju społecznego dziecka w środowisku. *Problemy Rodziny*, *4*.
Wolin, S.J., Bennett, L.A. (1984). Family rituals. *Family Process*, *23*, 401–420.
Wolin, S.J., Bennett, L.A., Jacobs, J.S. (2003). Assessing family rituals in alcoholic families. W: E. Imber-Black, J. Roberts, R.A. Whiting (red.), *Rituals in families and family therapy* (s. 253–279). New York–London: W.W. Norton and Company.
Wolińska, J.M. (2000). *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Wołoszyn, S. (1962). *Rozważania ogólne*. W: B. Suchodolski (red.), *Zarys pedagogiki* (s. 180–190). Warszawa: PWN.
Wong, A., Wong, Y.J., Obeng, C.S. (2012). A qualitative study of Asian American family strengths. *Asian American Journal of Psychology*, *3*(4), 286–298.
Woods, N.F., Mitchell, E.S., Smith-Di Julio, K. (2010). Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of Women's Health*, *19*(2), 209–218.
Woodward, L.J., Fergusson, D.M. (1999). Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Development & Psychopathology*, *11*, 127–141.
World Health Organization (1999). Basic Documents, 42-nd Edition, WHO, Geneva.

World Health Organization (2013), www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/index.h (dostęp: 19.08.2013).

Worobey, J. (1989). *Mother-infant interaction: proto communication in the developing dyad.* W: J.F. Nussbaum (red.), *Life-Span Communication: Normative Processes*. New Jersey: Hillsdale.

Worthman, C.M. (2010). The ecology of human development: Evolving models for cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *41*(4), 546–562.

Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: WN PWN.

Woźniak, E., Talarowska, M., Orzechowska, A., Florkowski, A., Gałecki, P. (2013). Rozpowszechnienie prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. *Polski Merkuriusz Lekarski*, *201*, 154–157.

Woźniak-Krakowian, A. (2003). *Przemoc wobec rodziny. Próba psychologiczno-socjologicznego portretu sprawcy przemocy w rodzinie*. W: G. Poraj, J. Rostowski (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego* (s. 201–212). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Wójcik, D. (1977). *Środowisko rodzinne a poziom agresywności młodzieży przestępczej i nieprzestępczej*. Wrocław: Ossolineum.

Wrzesień, W. (2003). *Jednostka, rodzina, pokolenie. Studium relacji międzypokoleniowych w rodzinie*. Poznań: WN UAM.

Wu, P., Kandel, D.B. (1995). *The roles of mothers and fathers in intergenerational behavioral transmission: The case of smoking and delinquency*. W: H.B. Kaplan (red.), *Drugs, Crime, and Other Deviant Adaptations: Longitudinal Studies* (s. 49–81). New York: Plenum.

Wyatt, G.E., Vargas Carmona, J., Burns Loeb, T., Ayala, A., Chin, D. (2002). *Sexual abuse*. W: G.M. Wingood, R.J. DiClemente (red.), *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health* (s. 195–216). New York: Plenum Publishers.

Wyczółkowska, A. (1997). *Charakterystyka pracy zawodowej matek a niektóre właściwości rodzinnego środowiska wychowawczego*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Wygotski, L.S. (1971). *Wybrane prace psychologiczne*. Warszawa: PWN.

Wygotski, L.S. (2005). *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*. Warszawa: WN PWN.

Wynne, L.C., Jones, J.E., Al-Khayyal, M. (1982). *Healthy family communication patterns: Observations in families „At Risk" for psychopathology.* W: F. Walsh (red.), *Normal Family Processes* (s. 142–164). New York: Guilford Press.

Wysocki, J. (2003). *Rytuał rodzinny*. Włocławek: Wydawnictwo Duszpasterstwa Rolników.

Xu, X., Hudspeth, C.D., Bartkowski, J.P (2006). The role of cohabitation in remarriage. *Journal of Marriage and Family*, *68*, 261–274.

Yalom, I.D. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: IPZ PTP.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Yorburg, B. (1993). *Family Relationships*. New York: St. Martin's Press.

Young, J.F., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: GWP.

Young, M., Denny, G., Luquis, R., Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *7*(2), 115–127.

Zadrożyńska, A. (2002). *Świętowania polskie.* Warszawa: Wydawnictwo Książkowe „Twój Styl".

Zagórska, W. (2004). *Uczestnictwo młodych dorosłych w rzeczywistości wykreowanej kulturowo*. Kraków: TAiWPN UNIVERSITAS.

Zagórska, W. (2011). *Znaczenie egzystencjalne rytuałów. Perspektywa psychologii antropologicznej*. Referat wygłoszony na XX Jubileuszowej Konferencji Psychologii Rozwojowej: Wiedza o rozwoju w poznaniu człowieka. Kraków, 13–16 czerwca.

Zagórska, W., Lipska, A. (2013). „Tak kiedyś zostało ustalone". Funkcje rytuałów rodzinnych z perspektywy autobiograficznej młodych dorosłych. *Psychologia Wychowawcza*, *4*, 117–137.

Zajdlic-Plopa, T. (2009). *Z badań nad percepcją swojego małżeństwa przez partnerki rozwodzące się*. W: M. Plopa (red.), *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia: Zagrożenia i wyzwania* (t. 3, s. 269–291). Elbląg: WN EUH-E.

Zalewicz, K. (2010). *Style przywiązaniowe partnerów, a jakość ich związku małżeńskiego*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Plopy, Wydział Psychologii WSFiZ, Warszawa.

Zawadzka, E. (2012). *Funkcje rodziny dawniej i współcześnie. Podobieństwa i różnice – studium teoretyczne*. W: K.M. Stępkowska, J.K. Stępkowska (red.), *Instytucja rodziny wczoraj i dziś. Perspektywa interdyscyplinarna* (s. 7–13). Lublin: Politechnika Lubelska.

Zawadzka, M. (2010). *Style przywiązaniowe a jakość komunikacji w małżeństwie*. Nieopublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Plopy, Wydział Psychologii WSFiZ, Warszawa.

Zawadzki, B. (2006). *Kwestionariusze osobowości – strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: WN Scholar.

Zazzo, R. (1978). *Przywiązanie*. W: R. Zazzo (red.), *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne* (s. 27–64). Warszawa: PWN.

Zeanah, C. (red.). (2000). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.

Zeiss, A.M., Kasl-Godley, J. (2001). Sexuality in older adults' relationships. *Generations*, *25*(2), 18–24.

Zelman, J. (2001). Wybrane cechy narracji na temat historii rodziny a wartości związane z życiem rodzinnym. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa.

Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie*.Warszawa: WP.

Ziemska, M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: WP.

Ziemska, M. (1982). *Rola postaw rodzicielskich w zaspokajaniu potrzeb psychicznych dziecka*. W: M. Ziemska, A. Kwak (red.), *Funkcjonowanie w rodzinie a problemy profilaktyki społecznej i resocjalizacji* (s. 7–15). Warszawa: Wydawnictwa UW.

Ziemska, M. (1999). *Zmiany w relacjach małżeńskich w cyklu życia rodziny.* W: M. Ziemska (red.), *Rodzina współczesna* (s. 44–56). Warszawa: Wydawnictwa UW.
Ziemska, M. (red.). (1986). *Rodzina i dziecko*. Warszawa: PWN.
Ziemska, M. (red.). (1999). *Rodzina współczesna*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
Zietlow, P.H. (1986). *An Analysis of the Communication Behaviors, Understanding Selfdisclosure, Sex Roles and Marital Satisfaction of Elderly Couples and Couples in Earlier Life Stage*. Nieopublikowana praca doktorska, State University, Ohio.
Zietlow, P.H., Sillars, A.L. (1988). Life stage differences in communication during marital conflicts. *Journal of Social and Personal Relationships*, *5*, 223–245.
Zill, N., Morrison, D.R., Coiro, M.J. (1993). Long-term effects of parental divorce on parent-child relationships, adjustment, and achievement in young adulthood. *Journal of Family Psychology*, *7*, 91–103.
Zimbardo, P.G. (1999). *Psychologia i życie.* Warszawa: WN PWN.
Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I. (2005). *Religiousness and spirituality*. W: R. Paloutzian, C. Park (red.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (s. 21–42). New York–London: The Guilford Press.
Zubrzycka, E. (1993). *Narzeczeństwo, małżeństwo, rodzina, rozwód?* Gdańsk: GWP.
Zwoliński, M. (1992). *Właściwości funkcjonowania rodziny*. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 17–30). Warszawa: IPiN.
Żurek, A. (2008). *Czas wolny singli – między rodziną a przyjaciółmi*. W: W. Muszyński, E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 427–441). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
Żyta, A. (2004). *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Żyta, A. (2009). *Badania nad rodzeństwem osób z niepełnosprawnością intelektualną w perspektywie zmian – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. W: *Pedagogika specjalna: różne poszukiwania – wspólna misja* (s. 372–382). Warszawa: Wydawnictwo APS.

O Autorach



Iwona Janicka – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Łódzkim, zastępca dyrektora Instytutu Psychologii, kierownik Zakładu Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną. Zajmuje się badaniem relacji interpersonalnych osób będących w związkach kohabitacyjnych oraz żyjących w pojedynkę (singli). Jej zainteresowania naukowe obejmują również problemem równoważenia życia rodzinnego i zawodowego. Autorka ponad 70 publikacji naukowych w tym: 65 artykułów i rozdziałów w książkach, dwóch monografii autorskich, redaktorka i współredaktorka pięciu monografii naukowych. Do jej ważniejszych publikacji należą: *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej* (2006); *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych* (2010); *Satisfaction with marriage in the case of prenuptially cohabitating*

and non-cohabitating couples (2011); *Poczucie dobrostanu u osób poślubionych, kohabitujacych i singli* (2012); *Małżeństwo dwóch karier – wyzwaniem czy zagrożeniem?* (2014). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.



Hanna Liberska – psycholog, biolog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, kierownik Zakładu Psychologii Społecznej i Badań nad Młodzieżą, zastępca dyrektora Instytutu. Specjalizuje się w problematyce życia rodzinnego, psychologii rozwoju i edukacji. Autorka monografii *Perspektywy temporalne młodzieży. Wybrane uwarunkowania* (2004); redaktorka lub współredaktorka 10 monografii naukowych, w tym serii wydawniczej „Current psychosocial problems in traditional and novel approache" (2011, 2012, 2014); książek: *Relations in marriage and family: Genesis, quality and development* (2011); *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym: możliwości i ograniczenia rozwoju* (2011); *Małżeństwo: męskość-kobiecość, miłość, konflikt* (2001). Autorka i współautorka ponad

120 tekstów naukowych opublikowanych w języku polskim, angielskim i rosyjskim. Laureatka Nagrody Ministra Edukacji Narodowej (1996). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, International Society for Research on Aggression (ISRA). Inicjatorka powołania Środkowoeuropejskiego Centrum Badań nad Rodziną. Redaktor Naczelny „Polskiego Forum Psychologicznego" oraz członek Rady Naukowej „Psychologii Rozwojowej", „Novosibirsk State Pedagogical University Bulletin" oraz „Psychologii w Szkole".



Eleonora Bielawska-Batorowicz – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Łódzkim, dyrektor Instytutu Psychologii, kierownik Zakładu Psychopatologii i Psychologii Klinicznej. Jej zainteresowania naukowe obejmują psychologię prokreacji, psychologię kliniczną i psychologię zdrowia. Autorka monografii *Psychologiczne aspekty prokreacji* (2006). Prowadzi badania nad psychologicznymi uwarunkowaniami doświadczeń związanych z menopauzą. Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Society for Reproductive and

Infant Psychology (SRIP). Redaktor czasopisma „Acta Universitatis Lodziensis Folia Psychologica”. Członek rad naukowych czasopism: „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, „International Journal of Fertility & Sterility”, „Health Psychology Reports”.



Magdalena Błażek – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt na Uniwersytecie Gdańskim, pracownik Zakładu Psychologii Osobowości i Psychologii Sadowej w Instytucie Psychologii. Zajmuje się problematyką psychologii rodziny, kryzysów rodzinnych oraz psychologii osobowości. Autorka monografii naukowej, współredaktor dwóch monografii oraz autor i współautor ponad 40 artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą: *The role of spouses personality and values systems in marriage-intercorelations, satisfaction predictors, and a problem of partners similarity* (2011); *Więzi uczuciowe i postawy wychowawcze w rodzinach o ograniczonych kompetencjach opiekuńczo-wychowawczych* (2010); *Sense of purpose in life and escape from Self as the predictors of quality of life in clinical samples* (2014); *Lifestyle and*

close relationship trends among young adults in Poland (2013). Członek International Association for Relationship Research (IARR) oraz Sekcji Psychologii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Członek Rady Naukowej czasopisma „Current Issues in Personality Psychology”.



Marzanna Farnicka – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Pracowni Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego. Specjalizuje się w problematyce procesów zachodzących w małych grupach społecznych. Prowadzi badania nad transmisją międzypokoleniową w rodzinie w zakresie podejmowania zadań rozwojowych oraz radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Autorka dwóch monografii naukowych oraz licznych artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą*: Między wyborem a przymusem: Rodzina a sposób radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych* (2013); *Przemiany realizacji zadań rozwojowych ewolucja czy rewolucja?* (2011); *W poszukiwaniu mechanizmów zmiany priorytetów w rozwoju społecznym* (2013). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, International Society for Research on Aggression (ISRA) oraz Społecznego Towarzystwa Oświatowego (STO). Członek Rady Naukowej czasopisma „Psychology Research”.



Magdalena Grabowska – psycholog, doktor nauk humanistycznych, terapeuta, pracownik Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Prowadzi badania nad stereotypami płci, wychowaniem seksualnym, a także uwarunkowaniami zmian seksualnych w okresie dorosłości. Autorka dwóch monografii oraz współautorka czterech podręczników. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania* (2007); *Gender identity and sexual behaviors in the adulthood* (2007); *Stereotypy płci i starości a zachowania seksualne w okresie późnej dorosłości* (2009); *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania* (2011). Członek Zarządu Sekcji Psychologii Rozwojowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Redakcji „Polskiego Forum Psychologicznego”.



Barbara Harwas-Napierała – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu, kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną. Specjalizuje się w problematyce psychologii rozwoju człowieka i psychologii rodziny. Jej zainteresowania badawcze dotyczą m.in. uwarunkowań zmian rozwojowych w okresie dorosłości, funkcjonowania rodziny jako kontekstu rozwoju człowieka. Autorka wielu prac, m.in. monografii: *Komunikacja interpersonalna w rodzinie”* (2006); *Dorosłość jako spełnienie* (2012); redaktorka opracowań: *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (2003); *Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka* (2009). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, PTT i International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD). Członek Rady Naukowej „Kwartalnika Polskiej Psychologii Rozwojowej” i „Family Forum”.



Alicja Kalus – psycholog, doktor habilitowany, pracownik Instytutu Nauk o Rodzinie i Instytutu Psychologii Uniwersytetu Opolskiego. Prowadzi badania nad rodziną. Specjalizuje się w problematyce bezdzietności, adopcji oraz rozwoju człowieka w kontekście rodziny. Autorka dwóch monografii naukowych, 50 artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Bezdzietność w małżeństwie* (2002); *Funkcjonowanie systemu rodziny adopcyjnej. Analiza psychologiczna* (2009); *Psychosomatic Disorders Among Adopted People* (2011). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i International Academy of Family Psychology (IAFP). Członek Rady Naukowej „Comparative Studies on Education, Culture and Technology: Peter Lang Edition", Niemcy. Redaktor czasopisma „Family Forum" (3/2013).



Bogusława Lachowska – psycholog, doktor habilitowany, kieruje Katedrą Psychologii Wychowawczej i Rodziny w Instytucie Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie. Zajmuje się psychologią rodziny oraz wychowania. Prowadzi badania nad godzeniem ról rodzinnych z rolami zawodowymi. Autorka monografii naukowych, rozdziałów w monografiach naukowych oraz artykułów, współredaktorka prac zbiorowych. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Praca i rodzina – konflikt czy synergia? Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi – uwarunkowania i znaczenie dla jakości życia kobiet i mężczyzn* (2012); *Konflikt i facylitacja między rolami rodzinnymi i zawodowymi a jakość życia pracujących rodziców* (2012); *Osobowościowe predyktory konfliktu, facylitacji i zadowolenia z godzenia pracy i rodziny* (2013); *O znaczeniu modeli teoretycznych w badaniach rodziny* (2014). Członek Towarzystwa Naukowego KUL oraz Polskiego Towarzystwa Psychologii Pozytywnej.



Aleksandra Lewandowska-Walter – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Badań nad Rodziną i Jakością Życia w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Zajmuje się problematyką relacji w rodzinnie w sytuacji kryzysowej w ujęciu teorii systemowych. Prowadzi badania dotyczące m.in. więzi uczuciowych dzieci z rodzicami doświadczającymi konfliktu małżeńskiego oraz relacji w rodzinie i między rodzeństwem w sytuacji rozłąki z rodzicem. Autorka monografii *Diagnoza więzi rodzinnych dzieci i młodzieży* (2013); współredaktorka tomu *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie* (2012); autorka lub współautorka ponad 30 artykułów i rozdziałów w książkach, m.in.: *Obszary problemowe i zasoby rodziny zrekonstruowanej* (2009); *Więzi uczuciowe i postawy wychowawcze w rodzinach o ograniczonych kompetencjach opiekuńczo-wychowawczych* (2010); *Lifestyle and close relationship trends among young adults in Poland* (2013); *Predyktory przystosowania dziecka w sytuacji rozłąki z rodzicem spowodowanej migracją i rozwodem* (2013). Członek International Association for Relationship Research (IARR), Sekcji Terapii Rodzin Polskiego

Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej.



Mirosława Matuszewska – psycholog, doktor nauk humanistycznych, przez wiele lat pracownik w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zajmuje się problematyką rozwoju człowieka, małżeństwem i rodziną, w szczególności oddziaływaniami wychowawczymi w kontekście rodziny, a także zaburzeniami procesu socjalizacji dzieci i młodzieży. Autorka i współautorka kilkudziesięciu publikacji naukowych. Współredaktorka monografii na temat współczesnych małżeństw. Autorka podręcznika psychologii dla studentów. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Małżeństwo: męskość, kobiecość, miłość, konflikt* (2001l, współred. nauk. z H. Liberską); *Funkcjonowanie w rolach rodzicielskich jako źródło rozwoju młodych dorosłych* (2003); *Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym* (2011).



Ewa Marat – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Specjalizuje się w problematyce psychologii rodziny, dysfunkcji i patologii życia rodzinnego oraz funkcjonowania rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. Współpracuje z Fundacją „Równe Szanse" w Łodzi jako psycholog – prowadzi porady, terapię dla podopiecznych fundacji w programach adresowanych do osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym. Autorka kilkunastu artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Rozwód i co dalej? Problemy rodzin zrekonstruowanych* (2010); *Problemy rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym* (2006); *Depresja, poziom lęku i poczucia kontroli w aspekcie kształtowania się statusów tożsamości osobowej (w sferze – kontakty z rówieśnikami) u młodzieży szkół średnich i studentów* (2001).



Jolanta Miluska – psycholog, profesor, kierownik Zakładu Psychologii Międzykulturowej i Psychologii Polityki w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego. Zajmuje się problematyką indywidualnych (tożsamościowych) i kulturowych uwarunkowań zachowania człowieka. Prowadzi badania z zakresu psychologii pogranicza. Autorka 10 monografii naukowych i prac redagowanych oraz 125 artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia* (1996) i *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne* (2008). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Stowarzyszenia Psychologii Społecznej i Polskiego Towarzystwa Nauk Politycznych.



Lidia Perenc – lekarz, specjalista chorób dziecięcych i rehabilitacji medycznej, doktor nauk medycznych, adiunkt na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego. Prowadzi badania nad rozwojem somatycznym dzieci zdrowych i przewlekle chorych, a także nad biopsychospołecznymi czynnikami rehabilitacji pediatrycznej. Jest autorką kilkudziesięciu artykułów i rozdziałów w pracach zespołowych. Do jej najważniejszych publikacje należą: *Somatic growth and nutritional status of children and adolescents aged 3 to 19 years from Rzeszow* (2012); *Rozwój somatyczny dzieci operowanych z powodu przepukliny oponowo-rdzeniowej* (2010); *The Role of Psychosocial Factors in Pediatric Rehabilitation* (2012); *Knowledge and attitudes of Polish university students toward organ donation and transplantation* (2012). Członkiem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji.



Tadeusz Pietras – doktor habilitowany, pracownik Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, lekarz specjalista w zakresie psychiatrii i chorób płuc oraz doktor psychologii. Od lat zajmuje się zaburzeniami psychicznymi w przebiegu astmy oskrzelowej i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Prowadzi wsparcie rodzin osób chorych na choroby obturacyjne płuc i na depresję. Autor wielu publikacji w czasopismach anglojęzycznych i kilku książek.



Mieczysław Plopa – psycholog, profesor zwyczajny w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie na Wydziale Psychologii. Specjalizuje się w problematyce psychologii rozwoju człowieka, rodziny, stresu. Autor kilkunastu monografii naukowych, wielu artykułów i rozdziałów w książkach. Do jego najważniejszych publikacji należą: *Stres w izolacji morskiej. Psychospołeczne uwarunkowania* (1996); *Psychologia rodziny. Teoria i badania* (2005); *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań* (2005); *Rodzice a młodzież. Teoria i metoda badania* (2012). Redaktor czasopisma „Polish Journal of Social Science”.



Grażyna Poraj – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Łódzkim, kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju Człowieka w Instytucie Psychologii. Specjalizuje się w problematyce psychologii wychowania i kształcenia. Zajmuje się badaniem uwarunkowań, przejawów i redukowania agresji dzieci, młodzieży i dorosłych. Prowadzi badania środowiska zawodowego nauczycieli. Autorka monografii *Od pasji do frustracji. Modele psychologicznego funkcjonowania nauczycieli* (2009); rozdziałów w książkach, m.in.: *Biologiczne, psychologiczne i społeczne podłoże a kontrola i profilaktyka zachowań agresywnych* (2011); *Poziom syndromu agresji a funkcjonowanie w roli zawodowej u nauczycieli* (2013); artykułu *Psychological Models of Female Teachers' Functioning in Their Professional Role* (2010). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, zastępca Redaktora Naczelnego czasopisma „Psychologia Wychowawcza".



Elżbieta Rydz – psycholog, doktor habilitowany w Katedrze Psychologii Rozwojowej w Instytucie Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Jej zainteresowania naukowe to: rozwój religijności w biegu życia człowieka, rozwój procesów decyzyjnych i planowania własnego życia u młodzieży. Autorka monografii *Tendencje rozwojowe religijności młodych dorosłych* (2012); współredaktorka serii wydawniczej „The Psychology of Human Development – Selected Issues" (2007, 2010) oraz „Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka", t. 1–3 (2007, 2008, 2010). Do jej najważniejszych publikacji w czasopismach naukowych należą: *Explaining the relationship between Post-critical Beliefs and Sense of Coherence in Polish young, middle and late adults* (2013); *Wielowymiarowe modele struktury religijności i metody pomiaru religijności człowieka dorosłego* (2007); *Poczucie koherencji a struktura religijności* (2009). Członek Sekcji Psychologii Rozwojowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.



Sylwia Rydz – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Zajmuje się kształtowaniem się poczucia tożsamości w ciągu życia, wspomaganiem rozwoju w okresie wczesnego dzieciństwa, psychologią rodziny – problemami samotnego rodzicielstwa. Autorka artykułów i rozdziałów w książkach. Do jej najważniejszych publikacji należą: *Rozwój wybranych cech osobowości i kształtowanie się tożsamości osobowej u młodzieży* (2001); *Rozwój tożsamości osobowej u młodzieży w świetle koncepcji Wima Meeus'a* (2002); *Psychologiczne skutki samotnego rodzicielstwa* (2010). Koordynator merytoryczny projektu „EMPOWER – Lone Parents Building Confidence andAccessing Learning" (Wzmacnianie samotnych rodziców w zakresie budowania poczucia własnej wartości oraz stwarzanie dostępu do kształcenia).



Mieczysław Radochoński – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Rzeszowskim. Zajmuje się problematyką zaburzeń zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem etiologii i symptomatologii zachowań antyspołecznych, a także środowiska rodzinnego traktowanego jako ważny czynnik rozwoju tych zaburzeń. Autor ośmiu monografii naukowych oraz 130 artykułów. Do jego najważniejszych publikacji należą: *Osobowość antyspołeczna* (2009); *Podstawy psychopatologii dla pedagogów* (2001); *Psychopatologia życia emocjonalnego dzieci i młodzieży* (2009). Członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i International Academy for the Humanization of Education (IAHE**)**. Zastępca redaktora naczelnego „Przeglądu Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego”. Członek Rady Naukowej czasopisma „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica” i kilku innych.



Anna Radochońska – antropolog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Rzeszowskim. Prowadzi badania z zakresu antropologii fizycznej. Jej główna problematyka badawcza obejmuje zjawiska rozwoju biologicznego człowieka z uwzględnieniem czynników rozwoju osobniczego, w tym środowiska rodzinnego. Jest autorem kilkudziesięciu artykułów naukowych i rozdziałów w pracach zbiorowych. Do jej ważniejszych publikacji należą: *Neurobiological factors in the development of psychopathic traits in children and adolescents – research review* (2011); *Zmienność wybranych cech morfologicznych głowy w populacji dzieci i młodzieży rzeszowskiej w wieku od 3 do 18 lat w okresie 25-lecia* (2008); *Zmiany proporcji budowy ciała dzieci i młodzieży rzeszowskiej w wieku od 3–18 lat w dwudziestopięcioleciu 1978–2004* (2010). Członek Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, Rady Naukowej „Przeglądu Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego" oraz Rady Nauk Przyrodniczych przy Wydziale Biologiczno-Rolniczym UR.



Waldemar Świętochowski – psycholog, doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Uniwersytecie Łódzkim, kierownik Zakładu Psychologii Osobowości i Różnic Indywidualnych w Instytucie Psychologii. Specjalizuje się w problematyce psychoterapii i klinicznej psychologii rodziny. Prowadzi badania nad systemowymi mechanizmami adaptacji rodzin do sytuacji stresowych. Autor monografii naukowej, skryptu akademickiego oraz prawie 50 artykułów i rozdziałów w książkach. Do jego najważniejszych publikacji należą: *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej* (2010); *Zastosowanie systemowej terapii rodzinnej w leczeniu chorób somatycznych* (2008); *Superficial and systemic diagnosis of the family* (2010); *Wypalenie zawodowe nauczycieli akademickich i nauczycieli szkoły średniej – analiza porównawcza* (2011).



Katarzyna Walęcka-Matyja – psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Prowadzi badania nad różnymi aspektami macierzyństwa, funkcjonowaniem adolescentów z rodzin o zróżnicowanej strukturze i relacjami między rodzeństwem. Zajmuje się także psychologicznymi aspektami funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Autorka monografii naukowej *Struktura rodziny a zróżnicowanie zachowań społecznych i osobowości młodzieży* (2009) oraz 55 artykułów zamieszczonych w czasopismach i monografiach. Do jej najważniejszych publikacji należą: *The personality and self-acceptance of young people from complete families, incomplete families and reconstructed families* (2014); *Indywidualizm adolescenta a system wspólnoty rodzinnej w perspektywie psychologicznej* **(2013);** *Psychologiczne profile radzenia sobie ze stresem przez matki młodzieży z niepełnosprawnością a poczucie własnej skuteczności* (2013); *The otherness of the modern family and empathy of adolescents* (2011).



Elżbieta Wiśniewska–Dryll – psycholog, profesor doktor habilitowany, profesor na Uniwersytecie Warszawskim na Wydziale Psychologii. Prowadzi badania nad procesem wychowawczym, szczególnie w relacji rodzice–dzieci, oraz nad różnymi zjawiskami psychospołecznymi wyznaczającymi jakość środowiska rodzinnego. Jej najnowsze badania są osadzone w nurcie psychologii narracyjnej, z uwzględnieniem zarówno metod ilościowych, jak i jakościowych, a szczególnie z wykorzystaniem autorskiej metody semantycznej analizy tekstu, inspirowanej dorobkiem współczesnej lingwistyki, literaturoznawstwa i antropologii kulturowej. Do jej najważniejszych publikacji w języku polskim należą: *Wrastanie w kulturę: Transmisja narracji w wychowaniu rodzinnym* (2013); *Interakcja wychowawcza* (2001); *Transmisja międzypokoleniowa etosu rodzinnego* (2003); *Tatuś, koleżanka, Kmicic, policjant i pies: Identyfikacja głosów w dialogu wewnętrznym podmiotu* (2005); *Doświadczenia życiowe a narracja tożsamościowa osoby* (2008); *Psychologia Narracyjna: Tożsamość, dialogowość, pogranicza* (2012).